



**Algunas puntualizaciones sobre la depresión y la melancolía en torno a la obra de Sigmund Freud**

**Lina Marcela Giraldo**

**Trabajo de grado para optar al título de psicóloga**

**Asesor:**

**Juan Manuel Uribe Cano**

**Doctor en filosofía**

**Universidad de Antioquia**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanas**

**Departamento de psicología**

**Medellín**

**2018**

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	5
<b>Antecedentes históricos de la melancolía</b> .....	7
<b>La melancolía en la antigüedad clásica:La concepción Hipocrática del humor negro.</b>	10
<b>Aristóteles y el carácter excepcional de los melancólicos.</b> .....	15
<b>Galeno y Rufo de Efeso.</b> .....	20
<b>La concepción de la melancolía en la edad Media y la influencia del cristianismo.</b> .....	24
<b>La melancolía en la medicina Medieval Arabe.</b> .....	28
<b>La melancolía en el Renacimiento.</b> .....	32
<b>Descartes y el surgimiento de la ciencia moderna</b> .....	43
<b>Melancolía y psiquiatría en el siglo XIX.</b> .....	46
<b>Depresión y Melancolía en el discurso contemporáneo.</b> .....	53
<b>El concepto de melancolía en la obra Freudiana</b> .....	56
Manuscrito D: sobre la etiología y la teoría de las grandes neurosis.....	58
Manuscrito E: como se genera la angustia.....	60
Manuscrito F: recopilación III.....	61
Manuscrito G Melancolía.....	62
Manuscrito N: Anotaciones III.....	66
Carta 102.....	67
Un caso de curación por hipnosis.....	68
<b>La melancolia en Freud en el contexto de la nueva metapsicología psicoanalítica.</b> .....	77
Duelo y Melancolía.....	84
<b>Conclusiones</b> .....	91
<b>Referencias</b> .....	92

## Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo abordar el tema de la melancolía desde una perspectiva psicoanalítica, tomando como eje central los presupuestos teóricos y/o elaboraciones conceptuales que podrían situarse en Freud con respecto a esta entidad clínica, ello, con el fin de establecer si la melancolía es transestructural o es siempre una variante de la estructura psicótica.

Al principio del trabajo, se lleva a cabo un recorrido histórico del concepto de melancolía desde la antigüedad griega, pasando finalmente por las elaboraciones más recientes propuestas por la medicina y la psiquiatría moderna, las cuales establecen un continuo entre depresión y melancolía lo que ha contribuido a la disolución de ciertas fronteras diagnósticas que permitan establecer la existencia o no de una psicosis.

En el trabajo se indaga el estatuto que ha adquirido la noción de depresión en el discurso contemporáneo y como su uso desmedido, de carácter generalizado, se ha visto solapado por una psiquiatría pragmática y cuantitativa que elabora variadas tipologías en función de los medicamentos, lo que ha contribuido a la eliminación de una causalidad subjetiva de los padecimientos psíquicos del ser humano y con ello, a la falta de responsabilidad del sujeto con respecto a su realidad y sufrimiento.

Finalmente, se establece que la melancolía es un término que aún se encuentra vigente en la teoría psicoanalítica como una forma de psicosis, siendo los estados depresivos compatibles con las diferentes estructuras clínicas.

Palabras clave: Melancolía, depresión, psicoanálisis, psiquiatría, discurso contemporáneo.

## Abstract

The present work aims to approach to the topic of the Melancholy from a Psychoanalytic perspective, taking as a main idea the theoretical budgets and/or Freud's conceptual ideas regarding this clinical entity, with the purpose to establish if the Melancholy is transstructural or it is always a variation of the Psychotic structure.

In the beginning of the work, it is done a historical trajectory of the Melancholy concept from the Greek antiquity to the recent elaborations of the modern Medicine and Psychiatry that establish a continuous between the depression and the Melancholy which has contributed to the dissolution of certain diagnostic borders that allowed establish the existence or not of a Psychosis.

This work investigates the statute that has gotten the notion of depression in the contemporary discourse and how its overuse with a generalized nature has been overlapped for a pragmatic and quantitative Psychiatry that produces varied typologies in function of the medication, which has contributed to the elimination of the subjective causality of the psychic affliction of the human being and with this to the lack of responsibility of the subject regarding his reality and suffering.

Finally, this work establishes that the Melancholy is a concept that is still current in the Psychoanalytic theory like a form of Psychosis, being the depressive states compatible with the different clinical structures.

Key words: Melancholy, Depression, Psychoanalysis, Psychiatry, Contemporary discourse.

## **Antecedentes históricos de la melancolía**

Desde épocas muy antiguas, el tema de la melancolía estuvo presente en innumerables escritos, conocida y catalogada con detalle en los principales tratados médicos de los primeros siglos de la historia, durante milenios la melancolía fue objeto de arduos y extensos debates entre destacadas personalidades que ocuparon gran parte de su tiempo en intentar comprender este complejo y controvertido fenómeno.

Fuente de inspiración de variadas disciplinas provenientes del arte, la filosofía y la medicina, la melancolía fue una categoría mejor definida por el discurso médico, el cual le otorgó una entidad propia cuando a través de las elaboraciones de Hipócrates de Cos la práctica médica se convirtió en un auténtico cuerpo doctrinal científico cuya elaboración continuaron sus seguidores, rompiendo definitivamente con las ideas mágico animistas que hasta entonces permeaban todo el pensamiento de occidente.

El médico griego Hipócrates de Cos, intentando ajustarse a un modelo científico, produjo una ruptura con las concepciones mágico animistas de los padecimientos generales del hombre, de tal manera, que estudió y explicó las enfermedades y cambios de temperamento o humor en las personas a partir de la influencia de cuatro líquidos corporales naturales denominados humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. (Klibansky, et al., 2006)

Desde esta perspectiva, Hipócrates postuló que la consecuencia directa de un desequilibrio humoral producido por un exceso de bilis negra, era la melancolía, la cual se caracterizaba fundamentalmente por un sentimiento de miedo y de tristeza profunda. (Klibansky, et al., 2006)

No obstante, en varios de los autores médicos y sobre todo en filósofos como Aristóteles, estaba presente la idea de que la melancolía era una condición inherente al espíritu sensible y elevado, una especie de temperamento propio de los hombres sobresalientes y excepcionales. (Klibansky, et al., 2006)

Más tarde, las concepciones que hasta entonces se habían tenido de la melancolía durante la antigüedad, la edad Media y el Renacimiento, fueron reemplazadas por explicaciones químicas y mecanicistas, que con el correr del tiempo fueron desplazadas por un discurso más especializado y con mayor rigor científico: la psiquiatría, la cual trajo consigo una serie de modificaciones sustanciales que cambiaron radicalmente la manera de ver la melancolía. (Pellion, 2004)

Autores como Falret y posteriormente Baillenger describieron las primeras formas de locura circular maniaco depresivas, Grienser en 1856 incluyó el delirio y la demencia bajo el concepto de psicosis única, explicando la enfermedad mental como producto de la lesión cerebral. Ernest Laségue presentó el delirio crónico de evolución progresiva, y Henry Maudsley en Inglaterra instauró dos variedades de locura: la afectiva e ideacional,

adquiriendo mucha fuerza en la psiquiatría su explicación de dichos estados por el determinismo hereditario. (Pellion, 2004)

El psiquiatra Francés Emile Esquirol, propuso eliminar la melancolía de las categorías nosográficas de la psiquiatría, la razón de ello fue que no se estimaba conveniente para el rigor científico que debía tener la medicina el uso de un término que hacia parte del lenguaje común de poetas, artistas y personas de todo el mundo (Pellion, 2004) lo que propició, en un esfuerzo continuado de otros psiquiatras que se sumaron a esta causa, la aparición de nuevas y variadas expresiones para nombrarla.

Autores como Philip Pinel, Jean Pierre Falret y Emil Kraepelin con el término de psicosis maniaco depresiva marcaron el momento de irrupción de las teorías modernas de la depresión, llevando a que la definición de la melancolía como entidad hoy, implique poco menos que un estado de ánimo general y bastante difuso, que no conserva en ningún caso relevancia alguna en el campo médico o vital.

## **La melancolía en la antigüedad clásica: la concepción Hipocrática del humor negro.**

Desde la época antigua, hasta la Edad Media y el Renacimiento, se sostuvo la idea de la existencia de cuatro humores o sustancias fluidas en el cuerpo humano, así la sangre, la flema, la bilis amarilla, y la bilis negra en conjunto, constituyeron la doctrina bajo la cual se englobaron toda una serie de explicaciones sobre el carácter, la salud o enfermedad de un individuo. (Klibansky, et al., 2006)

Esta larga tradición que se mantuvo por más de dos mil años, se inició con los pitagóricos, quienes en principio abonaron el terreno para una posterior emergencia de la teoría humoral, al postular el número cuatro como la más alta expresión de perfección y principio de la salud.

Alcmeón de Crotona, un médico pitagórico que vivió en torno al 500 a.c sostuvo que una mezcla bien equilibrada de las cualidades constituían la salud, empero una perturbación de ese equilibrio generaba la enfermedad. (Klibansky, et al., 2006)

Más tarde, estas ideas fueron recogidas por Empédocles, quien postuló además la existencia de cuatro elementos cósmicos: el agua, el fuego, el aire y la tierra que constituían no solo el mundo material, sino también la naturaleza humana, así, cada uno de estos elementos prevalecía por turno con el correr de las estaciones y era su combinación distinta en cada caso concreto la que daba lugar a todas las cosas individuales y la que por sí sola determinaba los caracteres de los hombres. (Klibansky, et al., 2006)

Cerca del año 400 a.c, Hipócrates condensó en una sola, todas las ideas pre existentes que hasta ese momento se habían planteado en torno al universo y más específicamente a la naturaleza humana, formuló la teoría de los cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra los cuales emparejó con las cuatro estaciones del año: primavera, verano, otoño e invierno y con las cualidades de los elementos cósmicos primarios propuestos por Empédocles. (Klibansky, et al., 2006).

A partir de esto Hipócrates desarrolló el siguiente esquema:

*Tabla 1. Esquema de los humores*

<i>Elemento</i>	<i>Humor</i>	<i>Estación</i>	<i>Cualidades</i>	<i>Tipo</i>
Aire	Sangre	Primavera	Caliente y húmeda	Sanguíneo
Fuego	Bilis amarilla	Verano	Caliente y seca	Colérico
Tierra	Bilis negra	Otoño	Fría y seca	Melancólico
Agua	Flema	Invierno	Frío y húmedo	Flemático

Tomada de (Klibansky, Panofsky y Saxl, 1991) y modificada por autor

Los cuatro humores estaban siempre presentes en el cuerpo humano y determinaban su naturaleza, se sostenía que cada persona tenía una disposición diferente de estos humores en su cuerpo, siendo siempre dominante uno de ellos según las estaciones del año: la bilis negra por ejemplo en el otoño, la bilis amarilla en el verano y así sucesivamente (Klibansky, et al., 2006). La salud dependía fundamentalmente del equilibrio de estas sustancias, siendo un exceso o defecto de una de ellas la causa de enfermedad.

Esta clasificación Hipocrática, presenta el primer marco de pensamiento sobre el cual se suscribió la noción de melancolía como una enfermedad producto del desequilibrio natural de los humores constituyentes de los seres humanos, la acentuación significativa de alguna de estas sustancias, ya fuera por alguna causa externa o interna, propiciaba la aparición de enfermedades en la persona, a las que su propia naturaleza le hacía más proclive, puesto que cada uno tenía una disposición particular de estos humores en su cuerpo, predominando siempre uno de ellos por sobre los demás, así quedaba claro que para los griegos la enfermedad no era provocada por la acción directa de entes sobrenaturales sino producto de la alteración del equilibrio de los procesos internos del cuerpo, por lo que el tratamiento debía obedecer al restablecimiento de ese equilibrio perdido.(Klibansky, et al., 2006).

En la bibliografía Hipocrática, existe una serie de escritos donde se destacaron los caracteres más relevantes de la medicina de la época, entre ellos figura un texto llamado aforismos en el cual se plantea lo siguiente con respecto al tema de la melancolía: “si el miedo y la tristeza duran mucho tiempo, tal estado es propio de la melancolía” (Hipócrates (trad. en 1983)).

Siguiendo esta línea de pensamiento y partiendo de una base material somática para la explicación de las enfermedades, Hipócrates (420 y 350 a.c) insistía en afirmar que el lugar donde se alojaban los desórdenes mentales o la locura era el cerebro (órgano principal de la vida intelectual). En uno de sus famosos tratados titulado sobre la enfermedad sagrada, mencionó que la corrupción del cerebro se producía por el efecto dañino de dos humores: la pituita o flema (φλέματος) y la bilis (χολής) que afluían al mismo a través de las venas sanguíneas.

Bajo estas circunstancias, era claro que la melancolía en particular, y la enfermedad mental en general, era producto de un daño en el cerebro. El procedimiento para reconocer y distinguir cual era el humor que lo afectaba, se resolvía por las manifestaciones que presentara el paciente en su conducta:

“Los que enloquecían a causa de la pituita o flema se mostraban tranquilos, Sin gritar, ni alborotar, en cambio, los que enloquecían a causa de la bilis, se mostraban agitados, llevando a cabo conductas extrañas y sumidos en constantes terrores y pesadillas”. (Hipócrates, trad.1983, p 132)

Los cambios cerebrales en los que este se calentaba por acción de la bilis, eran los responsables de generar pesadillas y terrores, por el contrario, cuando el cerebro se enfriaba y contraía fuera de lo habitual, producía aflicción y angustia sin razón.

Para Hipócrates el cerebro se erigía como el órgano de mayor poder en el hombre al ser el transmisor de la conciencia y el intérprete de la comprensión, a el adjudicaba el razonamiento, la percepción, la intuición, y en general, todas las funciones mentales e intelectivas, lo mismo que las penas, las amarguras, los sinsabores y los llantos, así mismo lo agradable y desagradable, incluyendo también la locura.

Dado también que la escuela Hipocrática atribuyó un papel esencial al terreno o ambiente, se reconocía que la tensión ambiental y emocional Podían dañar al cuerpo y al espíritu, por lo que se consideraba a menudo el ambiente como elemento decisivo para el origen, evolución e incluso reaparición de las enfermedades.

Estas teorías explicativas propuestas por Hipócrates acerca de la salud o enfermedad partiendo de una base material somática, (la doctrina humoral y el cerebro como sede de la razón) introdujeron nuevos principios en la medicina clásica griega, convirtiéndola en una ciencia racional científica, lo que supuso su rompimiento con las doctrinas que hasta entonces atribuían la conducta anormal y las dolencias, a la influencia de fuerzas o entes sobrenaturales.

Para los griegos, los desequilibrios humorales afectaban tanto la mente como el cuerpo, y en ese sentido, se instauraron como los primeros en investigar, dentro de un marco referencial fisiológico, las enfermedades del espíritu, atendiendo a las múltiples variables que era necesario considerar en un cuadro clínico, pasando a constituirse como los primeros que influyeron significativamente en las explicaciones de la enfermedad en la cultura occidental

No obstante, en la mayoría de los autores médicos y sobre todo en filósofos, sobresalía la idea de que la melancolía llevaba aparejados aspectos tanto saludables como enfermizos, positivos y morbosos, heroicos y decadentes, así, la melancolía era considerada como un trastorno morbooso, pero también como un sentimiento noble, una fuente de inspiración divina de sabiduría y genialidad.

## Aristóteles y el carácter excepcional de los melancólicos

Durante el siglo IV a.c la idea de melancolía sufrió una gran transformación debido a la irrupción de dos grandes influencias culturales: la idea de locura en las grandes tragedias y la idea de furor en la filosofía platónica (Klibansky, et al., 2006).

La ofuscación de la conciencia, la depresión, el miedo, las delusiones, y la temida licantropía que arrastraba a sus víctimas en la noche como lobos aulladores y hambrientos se consideraban otros tantos efectos de la temida sustancia (bilis negra) a la cual se adjudicaba toda suerte de locura y demencia. (Klibansky, et al., 2006)

El pensamiento religioso que había imperado hasta ese momento iba siendo desplazado por ideas científico discursivas como las de Hipócrates, sin embargo, coexistían explicaciones racionalistas y mítico religiosas de la locura, de ahí que se asociara la melancolía como una enfermedad propia de héroes cuya causa era el castigo por la ofensa a una deidad.

Conforme a lo anterior, el humor melancholicus, propio de héroes se hizo más sublime y excelso aun cuando fue interpretada por platón como fuente de la más alta exaltación espiritual y por obra de Sócrates como algo divino a partir de lo cual provenían los mayores beneficios.”<sup>1</sup>(Klibansky, et al., 2006)

---

<sup>1</sup> En un principio no había evidencia de que Platón considerase la melancolía como exaltación espiritual, por el contrario, a esta adjudicaba toda suerte de insania moral, locura y fue descrita por él mismo en el Fedro como la peor alma de todas en conjunto con el borracho y el voluptuoso.

Estas ideas filosóficas junto con las concepciones puramente clínicas que hasta ese momento se habían formulado en torno a la melancolía, fueron condensadas por Aristóteles quien postulo por primera vez la conexión existente entre el humor melancólico y el talento sobresaliente para el arte y la ciencia.

En su famoso tratado titulado el problema XXX, 1 partirá de un problema fundamental el cual formula del siguiente modo:

“¿Por qué razón todos los que han sido hombres que fueron excepcionales, en lo que concierne a la filosofía, a la ciencia del estado, a la poesía o a las artes, son manifiestamente melancólicos, y algunos al punto de padecer ataques causados por la bilis negra, como se dice de Heracles, en los mitos heroicos?” (Klibansky, 2006, p. 42)

Aristóteles se condujo a pensar las causas, y señaló algunos ejemplos de héroes y hombres famosos cuya sustancia en el cuerpo, hizo de ellos seres excepcionales: Belerofonte, Ajax, Sócrates, Platón y Empédocles son algunos de ellos.

La idea de excepcionalidad y de grandeza que adjudicó a estos personajes antes señalados y a otros tantos por efecto de la bilis negra, estaba supeditada a dos características fundamentales: la temperatura y la cantidad, bajo estas circunstancias, propuso una analogía con el vino de la cual extrajo conclusiones importantes que le permitieron explicar, en gran medida, el temperamento melancólico, propuso que así como el vino configura diversos caracteres según la cantidad que se beba, así mismo, la bilis negra en quienes se halla

predominantemente en el cuerpo es responsable de provocar diversos estados, que a su vez dependerán del grado de calor o frío en que se halle dicha sustancia, de esta manera, siendo la bilis negra fría por naturaleza, si se calienta en exceso hace al hombre eufórico, irritable inclinado a los impulsos y al exceso, por el contrario, los que poseen mucha bilis negra fría serán tarados y necios, pero si la temperatura se mantiene en un justo medio, son melancólicos, pero más racionales y con dotes especiales muy por encima de la mayoría. (Klibansky, et al., 2006)

Con estos ejemplos, Aristóteles intentó desligar la melancolía de la patología médica para considerarla sobre todo un rasgo definitorio del genio, que si bien corría el peligro de quedar atrapado por la enfermedad, era posible alcanzar un equilibrio vital que le permitiese llevar a cabo su capacidad intelectual y artística según este tipo de temperamento.

La melancolía según Aristóteles era el efecto de un exceso de bilis negra en el cuerpo. Todos los hombres la poseían en mayor o menor medida, pero era solo en aquellos en quienes dicha sustancia adquiría un papel predominante lo que los hacía tan distintos de los demás, ya que ella pasaba a ser algo constitucional y les hacía adquirir características permanentes que en los otros sólo se manifestaban transitoriamente (Klibansky, et al., 2006).

Las teorías explicativas propuestas por Aristóteles, marcaron una diferencia con respecto a las explicaciones Hipocráticas de la melancolía, pues señalaban el carácter excepcional y de genio de los melancólicos, lo que no necesariamente supuso la negación de las teorías Hipocráticas, si no que sus explicaciones se centraron en una perspectiva que no involucraba

solamente una alteración fisiológica a nivel de los humores, sino que hacía parte de un rasgo común connatural a todos aquellos que poseían una inteligencia y creatividad sobresalientes. De las teorías Aristotélicas emergió la idea del hombre excepcional, lo que estableció una ruptura con la teoría Hipocrática que situaba la melancolía como una patología del desequilibrio de los humores, es decir desde una concepción propiamente fisiológica. Para Aristóteles la melancolía iba mas allá de las explicaciones de la teoría humoral, para el la melancolía era un rasgo de creación artística, una manifestación connatural de los hombres excepcionales y sobresalientes en diversos campos como la filosofía, las artes y la política, estos presupuestos teóricos son los que marcaran un punto de divergencia con respecto a las teorías Hipócraticas.

Por otro lado, Aristóteles también diseñó sus propias clasificaciones nosológicas basadas en la alteración de los humores, hizo referencia a la manía provocada por el efecto de la bilis negra caliente lo que marcó un punto de diferencia con el cuadro melancólico el cual emergía como consecuencia directa de la bilis negra fría.

Estos intentos clasificatorios alrededor de la manía y la melancolía, serian posteriormente fuente de inspiración para Areteo de Capadocia, quien instaló de manera más radical y precisa en el discurso médico la distinción entre ambas entidades.

Así, En el siglo 2 a.c Areteo de Capadocia hizo una distinción entre melancolía y manía, sugiriendo a la vez la íntima relación existente entre ambas entidades. A través de unos cuadros descriptivos expuso las formas de manifestación clínica de cada una de ellas

Y explicó como en algunos pacientes se daba el paso de la melancolía a la manía lo que le permitió relacionar ambas entidades como la cara de una misma moneda

Los adelantos llevados a cabo por Aristóteles y desarrollados más plenamente por Areteo marcaron un precedente importante que situó la melancolía como una entidad propia del espíritu, sin embargo, Estas ideas que se mantendrán hasta principios del siglo XIX se verán desdibujadas por los sistemas clasificatorios modernos.

La medicina Hipocrática culmina con Galeno de Pérgamo, médico y filósofo del siglo II cuya extensa obra, conocida inicialmente a través del árabe marcó la medicina occidental de la época medieval y hasta principios del renacimiento.

## Galeno y Rufo de Éfeso

Con los desarrollos de Galeno, se pasaron a diferenciar los distintos tipos de melancolía así como la diversidad de orígenes de la misma, este autor se acoje a la teoría de los cuatro humores atribuida a Hipócrates sustrayéndose con dicho proceder de las teorías Aristotélicas que adjudicaban el humor melancólico a una entidad inspiradora de genios y poetas.

Para Galeno según Jackson, 1989 la melancolía era una enfermedad recurrente del espíritu manifestada a través de una tristeza profunda, el alejamiento de los objetos amados, el miedo, la desesperación, los delirios, el odio por el semejante, en algunos casos el miedo a la muerte que podía surgir como preocupación fundamental u obsesiva, o en otros casos, paradójicamente, encontrarse unida al deseo vehemente de muerte.

Para Galeno, el bazo, (el mayor de los órganos que forma parte del sistema linfático en el ser humano) era el encargado de limpiar la sangre de la bilis negra, sin embargo, cuando este proceso se veía alterado esta sustancia se constituía en la causa de la enfermedad (Jackson, 1989).

De esta teoría surgirán las tres formas básicas de la melancolía:

1. General: en este tipo de melancolía toda la sangre esta corrupta por el humor negro lo que indetermina el lugar concreto del cuerpo que se encuentra afectado.

2. Encefálica: aquí es solo el encéfalo el que se ve afectado ya sea primaria o secundariamente: en el primer caso, como consecuencia del calor excesivo del encéfalo la sangre se recalienta y produce melancolía, en el segundo caso la sangre contaminada fluye hasta el cerebro y lo daña.
  
3. Hipocondriaca: La afección se origina en el estómago provocando malas digestiones.

Esta división tripartita de la melancolía hace referencia a ella como una enfermedad, formulaciones que pasaron a ser de capital importancia en las concepciones que acerca de la melancolía se llevaron a cabo en el pensamiento médico imperante tanto de la edad Media como del Renacimiento. (Klibansky, et al., 2006)

(Paralela a las ideas precedentes, se encuentran las de Rufo de Éfeso, quien junto con Galeno señaló varios asuntos importantes acerca de la melancolía, entre ellos, que el mucho pensar y la tristeza excesiva conducían a la melancolía, además logró trazar una distinción entre una forma congénita y otra adquirida de esta enfermedad que era introducida al cuerpo por medio de los alimentos o por mala dieta, junto a estos planteamientos, también retomó las concepciones de calor y frío que había establecido Aristóteles en su problema XXX,1 pero para aplicarlas de una forma distinta. (Klibansky, et al., 2006)

Rufo afirmaba que el humor melancólico o bilis negra, podía provenir de dos fuentes: una por el enfriamiento de la sangre y otra por el sobrecalentamiento o combustión de la bilis

amarilla, siendo la tonalidad negra del humor, efecto tanto del calentamiento como del enfriamiento de cualquiera de estas dos sustancias. (Klibansky, et al., 2006)

Esta diferencia fundamental de la temperatura de la bilis y la sangre, pasaría a ser una teoría imperante en los siglos siguientes, a partir de la cual se explicaría la patología melancólica.

Por otra parte, en cuanto a la sintomatología de la melancolía, Rufo señaló que

“el melancólico se mostraba abotargado y con la piel oscurecida, acosado por toda clase de deseos, deprimido, mirando al suelo, acobardado y misántropo, generalmente triste sin motivo, pero a veces desafortunadamente alegre, dado a diversas excentricidades, fobias y obsesiones” (Klibansky, et. ,al 2006 p.71).

Junto a las descripciones anteriormente señaladas, detalló varios tipos de ideas ilusorias y manías que se imponían a quienes eran aquejados por la melancolía, como el creerse una vasija de barro, el lavarse frecuentemente, la aversión por la comida, el deseo de estar muerto, la desconfianza hacia amigos y familiares que en algunos casos se extendía a los extraños, la tendencia al suicidio y en algunos casos el don de profecía. (Klibansky, et al., 2006).

Estas nuevas concepciones de Galeno y Rufo de Éfeso trajeron consigo una serie de formulaciones, las cuales se mantuvieron vigentes por más de 1500 años y su importancia radicó fundamentalmente en que recogían las observaciones y descubrimientos del humoralismo antiguo propuesto por Hipócrates, además de los desarrollos de los

peripatéticos en cuanto a la sintomatología y la causa directa de la melancolía. (Klibansky, et al., 2006)

Es preciso afirmar que estos primeros intentos de clasificación y diagnóstico de la melancolía comprendían una visión general en cuya base se sitúan las diversas manifestaciones del humor negro, y cuya nosología y descripción adopta muchas formas, es cambiante y ambigua, somática y a la vez psicógena, enfermiza y creativa, patológica unas veces y genial otras.

En este sentido, el corpus teórico de cada uno de los autores señalados anteriormente es fluctuante con respecto al de los demás, puesto que señalaban diversas manifestaciones y concepciones de la melancolía que cambiaron con el surgimiento de la ciencia moderna en el siglo XVIII cuando con sus pretensiones de medición, universalidad y formalización del saber, se impusieron en el campo médico.

## **La concepción de la melancolía en la edad media y la influencia del cristianismo**

A grandes rasgos, la edad media fue un periodo histórico caracterizado por la desaparición de la consciencia individual, ya que gran parte del pensamiento general, estaba muy influenciado por las ideas de la religión y la superstición, en la que la motivación intencional de seres o entes sobrenaturales tomaban posesión del cuerpo de sus víctimas para hacerles enfermar. (Jackson, 1989)

La teología medieval reconocía dos tipos de posesión: la involuntaria entendida como castigo de Dios a una vida pecaminosa, y la voluntaria según un pacto deliberado con el demonio, los posesos de este segundo tipo eran tenidos por brujos y en consecuencia, disfrutaban de poderes sobrenaturales malignos. (Klibansky, et al., 2006)

En este contexto, el enfermo mental era considerado como un poseso, siendo los sacerdotes en muchos casos, los encargados de aplicar el tratamiento adecuado, de ordinario el exorcismo. (Klibansky, et al., 2006)

Por ello, en los albores de la edad media, la idea de melancolía estuvo altamente influenciada por las doctrinas que habían establecido la teología y la filosofía moral cristiana, y los presupuestos Aristotélicos que hasta entonces habían tenido un papel protagónico, apenas si influyeron en la visión general que se tuvo durante este tiempo de la melancolía, ya que si bien algunos autores como Guillermo de Auvernia retomaron la descripción general que antaño hubiese hecho Aristóteles del tipo melancólico, lo hicieron con la intención de

reinterpretarla bajo una concepción absolutamente moral cristiana, desde la cual, se planteaba que la verdadera razón de que en Aristóteles la disposición melancólica apareciera exaltada, estaba en que “apartaba a los hombres de los placeres materiales y la agitación mundana, preparaba la mente para el influjo directo de la gracia divina y la elevaba en casos de especial santidad, a visiones místicas y proféticas”(Klibansky, et al., 2006).

Esta formulación que de alguna manera establecía una separación radical con la visión Aristotélica, se vio desplazada por los planteamientos de las doctrinas del cristianismo quienes vieron en la melancolía una enfermedad mental con la cual eran atacados los hombres como consecuencia de los pecados cometidos, como una prueba divina que invitaba a la reflexión y a la virtud, y a nivel general, como una condición que debía ser sufrida por la humanidad entera, como consecuencia del pecado original cometido por Adán, cuando comió del fruto prohibido. (Klibansky, et al., 2006)

Por otra parte, en contraste con las concepciones anteriormente señaladas, aparecieron como causas de la enfermedad melancólica las mismas que habían establecido Rufo de Éfeso y Galeno, ya que debido a la traducción que la medicina árabe hizo de las obras griegas sobre los humores, y posteriormente por la traducción al latín que de ellas hizo Constantino el Africano, representante de la escuela médica salernitana, fueron conocidas en la época medieval. (Jackson, 1989)

Oribasio de Pérgamo (325-403), Alejandro de Tralles (524-605) y Pablo de Egina (625-690) fueron tres compiladores Bizantinos que recopilaron y difundieron la obra galénica. Los tres conservaron la explicación humoral, así como la distinción de tres tipos de melancolía: una

en la que solo enferma el cerebro, otra en la que se enferma todo el cuerpo y una última en la que solo el estómago y los hipocondrios se ven afectados. En materia de descripciones sintomatológicas conservaron las mismas a las que ya habían hecho referencia sus predecesores. (Jackson, 1989)

En los escritos médicos de Oribasio de Pérgamo la melancolía se siguió circunscribiendo bajo la tutela de dos síntomas fundamentales que le eran característicos: la tristeza y el miedo, este último fundamentado en una serie de ideas fijas y obsesivas que llevaban al temor de cosas o situaciones determinadas. El exceso de bilis negra se constituía como la causa de la patología y como método terapéutico, destacó que el coito, por su poder evacuativo resultaba beneficioso para la cura de la enfermedad (Jackson, 1989)

En conjunto con las ideas precedentes, Alejandro de Tralles (525-605), en la descripción que de la melancolía llevó a cabo, además de incluir los síntomas ya descritos, señaló una serie de desórdenes mentales diversos entre los cuales podía oscilar el melancólico, pasando por la euforia y la ira hasta estados de tristeza profunda, ensimismamiento y deseos suicidas. (Jackson, 1989)

En sus escritos se observa como la conexión entre melancolía y manía hace que se siga teniendo en cuenta la diversidad de caracteres del melancólico. Sobre las causas generadoras de la melancolía no existe excesiva novedad con respecto a los planteamientos que habían sido llevados a cabo en el periodo Galénico.

Por su parte Pablo de Egina (625-690) definió la melancolía como un desorden del intelecto sin fiebre, estableciendo como síntomas comunes a los tres tipos de melancolía el miedo, la desesperación, la misantropía, alucinaciones y delirios. (Jackson, 1989)

Es común en las tres figuras medievales bizantinas antes señaladas, la explicación de la melancolía a través de la teoría humoral propuesta por Galeno, así como su división en tres tipos fundamentales, señalando una sintomatología que no difiere de la que ya se había planteado en épocas precedentes, sin embargo, la importancia de cada uno de estos compiladores radicó en que introdujeron las ideas de grandes figuras como Galeno y Rufo de Éfeso a su cultura, sirviendo de referente al resto de pensadores que las adaptaron y reinterpretaron a su nuevo paradigma cultural. (Jackson, 1989).

El cuadro melancólico en la edad media fue interpretado bajo los cánones establecidos por la teología, coexistiendo de manera simultánea con las explicaciones que en el periodo post Aristotélico habían sido instauradas por Galeno, lo que supuso que los intelectuales medievales no hicieran gala de una producción creativa, probablemente por la entrada en escena del cristianismo, sin embargo, la supremacía de las doctrinas Galénicas durante todo este periodo fueron la base de la actuación médica las cuales se comentan, resumen y recopilan de manera reiterada por los compiladores Bizantinos que sintetizaron los saberes médicos tradicionales y aquellos elementos que consideraron más relevantes en las obras de los clásicos.

## La melancolía en la medicina medieval árabe

En la edad media, además de los pensadores cristianos y los enciclopedistas Bizantinos, los pensadores árabes se constituyeron en el principal medio de transmisión de la ciencia médica antigua.

De la academia hippocratica de Gundishapur, surgió la primera generación de médicos persas quienes se encargaron de traducir las primeras obras clásicas del griego al árabe dando pie al surgimiento de varios escritos en materia de la melancolía, dentro de los que se encuentran el “tratado de la melancolía” (única obra árabe dedicada exclusivamente a este tema) del médico Ishaq Ibn Imram, y el “canon de medicina” del sabio Islámico Avicena. (Jackson, 1989)

Para Ishaq Ibn Imran (como se citó en Jackson, 1989) la melancolía era un cierto “sentimiento de aflicción y aislamiento que se forma en el alma debido a algo que el paciente cree que es real pero que en verdad es irreal”. Ishaq describía la enfermedad melancólica como ideas perturbadas por la bilis negra, con miedo, tristeza y aflicción constantes, ansiedad, nerviosismo y en algunos casos alucinaciones y delirios, es decir como una enfermedad del alma, condicionada por lo físico, que podía atacar a la imaginación, la razón y la memoria y por lo tanto reaccionando sobre el cuerpo, causar insomnio pérdida de peso y alteración de todas las funciones naturales.

Junto a estos factores señaló que la melancolía podía brotar de causas materiales opuestas como por ejemplo, la voluptuosidad o el ascetismo llevados al extremo, pero también,

siguiendo a Rufo de Éfeso, de causas espirituales, que incluían las pasiones como miedos, aburrimiento o ira llevadas al extremo y una actividad excesiva de las facultades mentales como el pensar, el recordar, el estudiar. En conclusión la fatiga y el esfuerzo mental excesivo conducían a la melancolía. (Jackson, 1989)

Este autor también señaló que las pérdidas tanto materiales, como de seres queridos podían llegar a producir una aflicción tal, que finalmente condujera a la melancolía.

La importancia de este sistema que estuvo vigente hasta el siglo XII o XIII se debió fundamentalmente a que hacía posible adjudicar la diversidad de síntomas melancólicos a una diversidad de causas, las cuales podrían depender de las distintas mezclas de la bilis negra con las demás sustancias humorales.

Paralela a estas ideas aparecieron en escena los escritos del sabio Islámico Avicena quien en su canon de medicina dedicó un apartado especial a la melancolía y la manía a partir de la doctrina humoral y la teoría de la combustión propuesta por Galeno, formuló el sistema de las cuatro formas, la cual consistía en hacer depender la enfermedad melancólica a causas tanto naturales como innaturales, esta última debido a la combustión de cualquiera de los cuatro humores siendo los excesos en la comida y la bebida factores causales decisivos en la aparición de un exceso de bilis negra. (Jackson, 1989)

Esta doctrina de las cuatro formas daba lugar a numerosas distinciones importantes incluso aquella entre melancolía y furor o manía que en la época antigua resultaba ser tan confusa.

Al enumerar los distintos signos que componen la afección melancólica, Avicena señala

el miedo sin causa, la tristeza, la irritación y la preferencia por la soledad, a nivel fisiológico menciona las palpitaciones, los mareos, los ruidos en los oídos, las molestias en los hipocondrios y la pérdida del apetito, el firme convencimiento de varias ideas aterradoras, el dar la peor interpretación posible a las cosas, el temor y/o deseo de muerte, el proferir ideas absurdas, además de muy diversas y variadas fantasías o ideas ilusorias atemorizantes acompañadas de delirios e ideas megalománicas, para Avicena el cerebro es el principal afectado por ser la sede donde se alojan estas facultades (Jackson,1989,p.65).

Avicena terminó por convertirse en una autoridad capital en la época Medieval pues su canon de medicina se constituyó en fuente de consulta entre los médicos durante años.

Otra figura importante en la edad media fue Averroes quien aprovechó el legado médico de Galeno para comentar algunas de sus obras y en algunos casos refutarlas, tomando como eje central una perspectiva esencialmente médica tal como correspondía al contenido de los escritos que comenta.

En su obra, puso de manifiesto que la enfermedad no era otra cosa que el desequilibrio humoral, la bilis negra era para él uno de los humores que constituyen al ser humano.

Ciertamente Averroes no aportó información relevante con respecto a la enfermedad de la melancolía, sin embargo la labor de conservación de estos textos médicos, así como la

traducción y compilación de estos tratados al latín fue un factor fundamental para la conservación y uso de las doctrinas clásicas. (Jackson,1989)

Con lo expuesto hasta aquí, es claro que la idea de melancolía durante toda la Edad Media estuvo íntimamente ligada al concepto de enfermedad, y que los presupuestos teóricos de Galeno y Rufo de Éfeso tuvieron un papel determinante en las concepciones que de la afección melancólica se establecieron durante todo este periodo, en definitiva en todos los casos el principal afectado al desencadenarse la melancolía como enfermedad era el cerebro con lo cual los signos que presentaba eran muy similares a pesar de la diversidad de circunstancias que podrían llegar a desencadenar la enfermedad.

## La melancolía en el Renacimiento

*Nadie es tan sabio,  
Nadie tan feliz, nadie tan paciente,  
Tan generoso, tan divino,  
Tan piadoso que pueda defenderse,  
Nadie está tan bien dispuesto  
Que en uno u otro momento no sienta su dolor, más o menos.  
La melancolía, en este sentido,  
Es una característica inherente al hecho de ser criaturas mortales.  
Robert Burton.*

Se denomina renacimiento a un amplio movimiento cultural que se produjo en Europa occidental durante los siglos XV y XVI, en principio surgió en Italia y de allí se propagó al resto de Europa. La importancia de esta época radicó en que hubo una renovación tanto en las ciencias naturales como humanas, estableciéndose rupturas que de alguna manera trajeron consigo nuevas concepciones del hombre y del mundo en las disciplinas de las artes la filosofía y las ciencias.(Jackson,1989)

Este periodo comenzó con una medicina altamente Galénica, lo que supuso que por lo menos, durante bien entrados los siglos XVI y XVII, la concepción de melancolía que se había establecido hasta entonces no variara significativamente a pesar de los ataques que de esta tradición llevaron a cabo opositores como Vesalio, Harvey y Paracelso. (Jackson, 1989)

Gracias a la recuperación de los antiguos textos clásicos, para las teorías renacentistas, además de concebir la melancolía como enfermedad, cobró gran importancia el temperamento melancólico que había establecido la antigua doctrina de los cuatro humores,

ya que era un aspecto clave en la explicación de la melancolía como patológica o como una manera de ser razonablemente estable de una determinada persona. (Jackson, 1989)

De este modo, el resurgimiento del temperamento melancólico como predisposición hizo que reapareciera la antigua idea de genio expresada en el problema XXX, 1 de Aristóteles, en el cual un carácter melancólico bien templado fue símbolo de la más alta inspiración que hacia sobresaliente al hombre en el campo de las artes, la filosofía y la ciencia, asimismo durante el renacimiento la predisposición a la melancolía se vio como base de realizaciones intelectuales e imaginativas, fuente de la que surgían el ingenio, las creaciones poéticas, las grandes visiones religiosas las profecías profundas y sin embargo al mismo tiempo aquellos así predispuestos vivían con el riesgo de que su temperamento melancólico los empujara a la enfermedad. (Jackson, 1989)

Marsilio Ficino filósofo, médico y clérigo renacentista Italiano unificó la idea de inspiración divina platónica y la de genialidad Aristotélica atribuida a la melancolía, sin embargo, siendo el mismo considerado melancólico veía en la enfermedad una maldición difícil de llevar a pesar de los beneficios que ella misma comportaba al ser a la vez fuente de inteligencia y de creatividad. Ficino creía que los estudiosos y los intelectuales eran dados a pasar por periodos de melancolía y que corrían el riesgo de contraer la enfermedad. (Jackson, 1989)

Durante el siglo XVI salieron a la luz varios tratados médicos que desarrollaron el tema de la melancolía, entre los que cabe destacar un volumen publicado en 1520 titulado “de las enfermedades que privan al hombre de la razón” del alquimista, médico y astrólogo suizo Paracelso, “The castel of helthe” de Thomas Elyot, publicado en 1530, “A Treatise of

melancholie” del médico y clérigo Timothie Bright, publicada en 1586 , el “discurso sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez” del médico Francés André Du Laurens que apareció a finales del siglo XVI, y por último, en 1621 la obra de Robert Burton titulada “Anatomía de la melancolía”. (Jackson, 1989)

Para empezar a estudiar el desarrollo de la melancolía en las etapas anteriormente señaladas, es necesario dirigir la mirada en principio a la obra de Paracelso (1493-1541). Este autor situó esta patología como una forma de locura la cual dividió en cuatro clases según las cualidades de las cuatro complejiones, señalando además que la pérdida de la razón en la melancolía era debida a complejos fingidos y no a defectos propios de la misma. (Jackson, 1989)

Paracelso rechazó enfáticamente los presupuestos teóricos de la teoría humoral imperante, lo que supuso que sus doctrinas no tuvieran ninguna injerencia en su época, a pesar de la influencia posterior que ejercieron en el derrocamiento de la doctrina humoral. (Jackson, 1989)

Contrarias a las ideas señaladas por Paracelso, en la guía de medicina familiar de Thomas Elyot, se hizo gala del pensamiento médico de la época siguiendo la tradición Galénica. Este autor utilizó la habitual teoría de los humores, con el humor “melancoly” o “cólera negra” como uno de ellos, el temperamento “melancolyke” como uno de los cuatro temperamentos y las dos formas de humor melancólico “el natural que son las heces de la sangre pura” y el “no natural procedente de la adustión”. (Jackson, 1989)

Para Elyot, la melancolía era producto de la falta de moderación e higiene de las seis presuposiciones de vida, a saber: movimiento y descanso, sueño y vigilia, evacuación intestinal y retención, comida y bebida, inhalación y exhalación y los talentos del alma. Por ejemplo el exceso de descanso y de sueño producía en el cuerpo una acumulación de materiales de desecho que se descomponían convirtiéndose en bilis negra. (Jackson, 1989).

Por otra parte, también señaló que las pérdidas tanto materiales, como de seres queridos y los golpes de la fortuna, desencadenaban en melancolía, y que la tristeza, afecto directamente relacionado con esta patología, era un enemigo poderoso de la vida y de la salud del cuerpo que había que erradicar con remedios como el consejo de la biblia y la filosofía moral, también recomendó evitar la soledad, el estudio y el enfado, yendo en procura de todo lo gustoso y deseable a los sentidos. (Jackson, 1989)

A mediados del siglo XVI, aparecieron en escena los escritos de Andrew Boorde, médico y monje inglés, quien vio en la melancolía una forma más de locura plagada de delirios causados por el humor de la melancolía y un corazón, en palabras del autor “testarudo que iba demasiado lejos en las fantasías, en la confusión o estudio de cosas que su razón no podía comprender”. . (Jackson, 1989, p.65)

Por su parte, Timothie Bright con su obra “un tratado de melancolía” (primer libro escrito en inglés sobre la tristeza) ofreció una buena descripción del cuadro clínico de la melancolía desde los cánones de la teoría humoral. La compilación de autores, junto con el desarrollo y sistematización de sus correspondientes planteamientos dieron forma a una obra clásica en la historia de la melancolía, incluso citada y conocida por Burton. (Jackson, 1989)

Bright afirmaba que el cuerpo y la mente se afectaban recíprocamente, lo que suponía por tanto que ambos eran aspectos de una misma realidad, sin embargo, en aquellas ocasiones cuando la conciencia se veía oprimida por el sentimiento de culpa producida por el pecado y el temor de Dios, observaba que el cuerpo gozaba de buena salud, y los cuidados médicos eran inútiles en estos casos. (Jackson, 1989)

En cuanto a la descripción clínica de la melancolía, este autor señaló el miedo, la tristeza, la desesperación, las lágrimas, los gemidos, los sollozos, los suspiros y en algunos casos, una risa desenfrenada que no procedía de ningún alivio del corazón o alegría del alma, sino que era más bien un gesto que encubría esa pasión desagradable”. (Jackson, 1989, p 84)

Con la descripción antes señalada, se acude una vez más a la diversidad de caracteres que puede presentar el melancólico, y la risa, en apariencia sinónimo de felicidad, se constituye como un tipo de acción que enmascara un afecto desagradable en la melancolía.

Con Bright, igual que con otros autores que le antecedieron, se dejó constancia de las diversas maneras de entender la palabra melancolía que incluso desde la época clásica había sido señalada por Hipócrates: La melancolía como enfermedad en el que un determinado estado de ánimo lleno de temores altera la razón; la melancolía como humor, un humor del cuerpo que es la causa de que la razón se corrompa, este humor es de dos tipos: melancolía natural aquella procedente de la parte más gruesa de la sangre que por abundancia o calor inmoderado envía al cerebro determinados vapores que oscurecen el entendimiento, o como unos desechos que quedan al final de los procesos corporales que hacen que el humor se corrompa o se degenera, interviniendo así sobre las pasiones y por ende, haciendo que se

desordenen. Por otra parte, el humor melancolía no natural o adusta aparece por efecto de un calor inmoderado sobre el humor natural, ya sea sobre la sangre o bilis amarilla y, su sustancia vaporesca causa extrañas alteraciones en los actos de los hombres. (Jackson, 1989)

En definitiva, para este autor la enfermedad melancólica podía deberse a los efectos de una melancolía natural o innatural, es decir a los efectos de la sangre corrupta sobre el cerebro y la conducta. La melancolía era por tanto un

“chochar” de la razón con miedos vanos en la que se podían establecer puntos divergentes y similares con el sentimiento de culpa producida por la conciencia del pecado, esta última distinta de la melancolía al ser una pena y un miedo con causa”. (Jackson, 1989)

Con todo lo planteado hasta ahora, el perfil del melancólico se encuentra bien definido a pesar de la diversidad de caracteres que puede presentar el mismo, no sin razón cada médico o escritor añadió sus pequeños matices surgidos de la interpretación de los clásicos.

Así, con los escritos del médico francés André Du Laurens (1560-1601) se dio un repaso a las ideas médicas en materia de la melancolía, desde Galeno hasta su época siendo una respetada fuente de consulta, inclusive para Burton en el siglo siguiente.

Du Laurens definió la melancolía como una enfermedad o locura localizada en el cerebro que se caracterizaba por la corrupción de las principales facultades mentales (la imaginación o la razón) la cual siempre estaba acompañada del miedo y la tristeza tan característicos en

esta patología. El melancólico era fácil presa del terror, de las ideas ilusorias, la megalomanía, buscaba la soledad y se convertía prácticamente en un salvaje al que constantemente le irrumpían el descontento y las ideas falsas y vanas. (Jackson, 1989)

Por otra parte, este autor también se circunscribió bajo la tradición Aristotélica que atribuía la disposición melancólica a aquellos especialmente dotados y capaces.

A finales del siglo XVI, Felix Platter (1536-1614) un influyente Médico Suizo, describió la enfermedad melancólica como un tipo de alienación mental, en la que tanto la imaginación, como el juicio se veían alterados. (Jackson, 1989)

Platter argumentaba que la melancolía, podía deberse a causas preternaturales por influencia de espíritus malignos o a causas naturales en las que una determinada pasión como la tristeza o pena vehemente afectaba al cerebro a tal punto que le hacía enfermar.

En su descripción clínica de la melancolía destacó como rasgos fundamentales el miedo y la tristeza, los mismos que habían señalado casi todos sus predecesores y muchos escritores que le sucedieron. La misantropía, las alucinaciones, los delirios, la desesperación y en muchos casos compulsiones involuntarias cargadas de actos violentos hacían parte también de la lista de síntomas que adjudicó a esta patología. (Jackson, 1989)

A pesar de que este autor tomó en cuenta la bilis negra como uno de los cuatro humores, solo la nombró para explicar de dónde derivaba la palabra melancolía, dando poca importancia a la teoría humoral que hasta entonces era imprescindible como doctrina explicativa.

Las alucinaciones que presentaba el melancólico eran variables, sin embargo, muchos de ellos tenían la creencia de ser un animal, una vasija de barro y la de haber ingerido serpientes o ranas, además del que creía tener la nariz muy larga el cual no se curó hasta que un cirujano simuló su corte. (Jackson, 1989)

Pero en el amplio repertorio de autores que acerca de la afección melancólica escribieron en sus principales obras y tratados médicos en el renacimiento, no se puede dejar pasar por alto la obra del clérigo y erudito inglés, Robert Burton.

Publicada en 1621, la anatomía de la melancolía, constituyó un repaso y una detallada descripción, de los conocimientos que hasta entonces se tenían acerca de la afección melancólica.

Para Burton, el término “melancholia” se usaba principalmente para designar la enfermedad conocida por el nombre de melancolía, pero también lo utilizaba con otras acepciones, a saber: para referirse al humor (cólera negra, bilis negra) como también al temperamento melancólico. (Jackson, 1989).

Este autor al definir la enfermedad, retomó la gran cantidad de atribuciones que mencionaron sus antecesores, reiterando la definición hecha por la mayoría como una especie de

“chochez sin fiebre, normalmente acompañada por miedo y tristeza sin razón aparente” (Jackson, 1989, p 94.)

Estas características esenciales la distinguían de la manía, y eran, efectivamente, los rasgos fundamentales que constituían esta patología.

En la descripción clínica de la melancolía, señaló además que los melancólicos por lo general estaban frecuentemente descontentos, inquietos y cansados de la vida, suspicaces y celosos, dados a la soledad, en muchos casos se veían también afectados por un miedo o una idea ilusoria u obsesiva determinada, sin embargo, con todo y eso observaba que en todas las demás cosas se comportaban con inteligencia, seriedad y discreción sin hacer nada que atentase contra su dignidad su persona o su categoría. (Jackson, 1989)

Para Burton, la tradición Galénica de los cuatro humores seguía vigente en la explicación de la melancolía, donde el cerebro era el principal afectado, además no cambió la división de la melancolía en tres tipos que ya muchos otros autores habían señalado: la melancolía producida por una enfermedad primaria del cerebro, la melancolía generada por una enfermedad generalizada en que el cerebro se veía afectado secundariamente, y la melancolía como una enfermedad en los hipocondrios en que el cerebro era afectado también secundariamente. (Jackson, 1989)

En su obra dejó establecido que aunque la melancolía era una enfermedad difícil de curar cuando se convertía en hábito, si la persona mostraba la disposición suficiente para ser ayudado podía ser curado. Las plegarias a Dios unidas a las ayudas médicas, la observancia de los seis no- naturales y el tratamiento de lo que hoy podría catalogarse como psicológico eran de vital importancia para contrarrestar la enfermedad. (Jackson, 1989)

En resumen: Durante el renacimiento, el hecho de que el temperamento melancólico pudiera acabar en enfermedad propiamente dicha a causa de un exceso de bilis negra, propició que la condición melancólica se siguiera relacionando con estados de enfermedad y de locura, siendo el miedo y la tristeza sin causa, o por lo menos sin causa aparente los dos síntomas fundamentales que mejor la describían, además de la misantropía y los trastornos digestivos.

Cada persona tenía preponderancia de uno de los humores sobre los otros tres, había constituciones que se mantenían dentro de los límites de la salud, sin embargo, podía suceder que se pasara ese límite y el sujeto enfermara.

Por lo general, la melancolía era considerada como un desorden psicossomático generado por la bilis negra que con sus vapores afectaba primordialmente al cerebro o lo que era lo mismo a la sede de la razón donde se alojaban las facultades intelectivas del hombre.

La melancolía podría tratarse a su vez de una enfermedad innata o adquirida, por causas externas, como las vigiliás, las preocupaciones, el estudio excesivo, las pérdidas tanto materiales como de seres queridos, las pasiones de la mente llevadas al extremo entre otras.

Así, con arreglo a estas circunstancias las terapias llegaban a ser muy variadas y eran las mismas que se habían aplicado durante toda la época antigua y la edad media, pasando a tratar lo orgánico a través de purgantes que disolvieran el humor melancólico, las sangrías, enemas, flebotomías, dietas suaves, hasta la evitación de toda labor intelectual como el estudio, el pensar en exceso, además del cuidadoso tratamiento de las pasiones unido a la búsqueda de lugares tranquilos, tratamientos psicológicos, viajes, música relajante, masajes

en el cuerpo y la cabeza, la ocupación en operaciones manuales o divertidas, paseos a caballo, descanso, entre otros.

El renacimiento marcó una época en la que se sucedieron varios acontecimientos que generaron un profundo cambio, sin embargo, hasta bien entrado este periodo las nuevas aportaciones en materia de la melancolía encajaban más o menos con el paradigma Galénico.

Por otro lado, los nuevos descubrimientos que aparecieron en la modernidad se sustrajeron de manera radical con las teorías del antiguo paradigma, rompiendo definitivamente con un sistema que pervivió por muchos años.

## Descartes y el surgimiento de la ciencia moderna

La ciencia moderna surgió en el siglo XVII con las teorías del filósofo Descartes, quien marcó una ruptura con la historia del pensamiento occidental y el renacimiento, a partir de la instauración de un novedoso método a través del cual buscaba descubrir proposiciones de cuya verdad no se pudiera dudar.

El proyecto cartesiano centraba su principal preocupación en la validación de un conocimiento universal y verdadero a través del cual fuera posible encontrar un fundamento sólido para dotar a la ciencia de una base metafísica segura, ya que lo que se pretendía era encontrar una certeza absoluta o criterios de verdad que le facilitaran dicha tarea, Para ello, Propuso que el hombre debía deshacerse de las opiniones recibidas y empezar todo de nuevo, el sistema que utilizó fue el de la duda metódica consistente en someter a una crítica aparentemente total y destructiva todas las certezas que se tenían con respecto a algo, esto con el mayor grado de radicalidad para poder encontrar una certeza absoluta, algo que fuese seguro e indudable (Descartes,1967).

Descartes Propuso la desconfianza del conocimiento sensorial, suspender la creencia en el mundo externo planteando que ninguna proposición que estuviese basada en la experiencia podría superar la duda metódica: “toda afirmación sobre objetos externos incluido el propio cuerpo está bajo sospecha”, Por ello ninguna proposición que estuviese basada en la experiencia ni tan siquiera las proposiciones matemáticas podrían superar la duda metódica.

Estos criterios eran ante todo recursos de una razón cuya esencialidad radicaba en distinguir lo verdadero y lo falso, de allí que el método cartesiano tuviera como acto inaugural la duda de todo el saber hasta entonces construido, y de manera más radical, de la experiencia misma del mundo, es decir de todo lo existente, la idea era construir un sistema que unificara de forma magistral la reflexión filosófica y científica combatiendo las filosofías anteriores para librar al hombre de prejuicios sobre su propia naturaleza y la del mundo (Descartes,1967).

Aunado a lo anterior surgió la idea de la existencia de Dios como causa de todo cuanto existe y con ello el “pienso luego existo” que paso a convertirse en el primer principio de la filosofía que Descartes buscaba.

En este sentido, el yo cartesiano sobre el cual se definió y se fundó el sujeto moderno como el sujeto de la ciencia llevaba implícita la idea del desalojo de todas las representaciones que el ser humano elabora como mecanismos de conocimiento del mundo y de un vaciamiento de una materialidad que lo condiciona a la existencia misma.

Bajo estas circunstancias, se puede afirmar que el sujeto cartesiano es sobre todo un sujeto formalizado, matematizable, no dividido, algo cuya naturaleza consiste en pensar y que para ser no necesita ningún lugar ni depende de ninguna cosa material.

El resultado de todos estos postulados es lo que pasará a constituirse como el discurso de la ciencia que marcará de manera radical todo el saber posterior y propiamente todo lo que hasta entonces se había construido bajo la noción de melancolía, lo que permeó de manera significativa todo el pensamiento de la psiquiatría clásica centrado en sus dos grandes escuelas: la Francesa y la Alemana.

## Melancolía y psiquiatría en el siglo XIX

Las transformaciones conjuntas de la revolución francesa y las revoluciones industriales en Europa, cambiaron definitivamente la manera de entender a la persona enferma (sobre todo el mental), e invalidaron toda la serie de ideas y doctrinas que hasta el momento se habían planteado en torno a la tristeza y al cuadro morboso de la melancolía. (Jackson, 1989)

Con la instauración del saber psiquiátrico, específicamente en el siglo XIX, se vio la necesidad de ajustarse a un discurso propiamente científico, por ello, los autores de la época, se vieron abocados a prestar especial interés a la clasificación y división de las enfermedades mentales. El origen de este tipo de dolencias, si bien siguió siendo relevante para su curación, no lo fue tanto como el diagnóstico y posterior eliminación de las mismas. (Jackson, 1989)

En concordancia con lo anterior, la descripción clásica de la melancolía sufrió profundas modificaciones conceptuales y terapéuticas, entre ellas, que pasó a convertirse en una enfermedad mental que nada tenía que ver con la vieja explicación griega del exceso de bilis negra. (Trujillo, 2011)

El padre de la psiquiatría moderna, el médico alienista francés Philippe Pinel (1745-1826), introdujo un nuevo paradigma de los desórdenes mentales clasificándolos en manía, melancolía, demencia e idiotismo, señalando además, que la alienación mental era una enfermedad del sistema nervioso (Jackson, 1989)

Para Pinel la melancolía se caracterizaba por la tristeza, por el temor y por un delirio parcial centrado en una serie de ideas fijas dominantes referentes a un solo objeto o a una serie particular de ellos, donde las facultades mentales permanecían intactas fuera del núcleo delirante, además del comportamiento que seguía siendo coherente y comprensible.

A Pinel le preocupaba sobre todo el estudio detenido de los signos de la enfermedad para partiendo de lo sensible seguir el camino de la ciencia moderna, por lo que el discurso del melancólico le parecía absurdo siendo el diagnóstico su principal preocupación.)

Es a partir de la melancolía presentada por Pinel como un delirio parcial, que su discípulo Esquirol (1772-1840) creó el concepto de monomanía, cuyo cuadro clínico se caracterizaba por una lesión parcial de la inteligencia, de los afectos o de la voluntad.

Para Esquirol la melancolía (lipemanía o delirio triste), era una enfermedad cerebral caracterizada por “un delirio parcial crónico sin fiebre y sostenido por una pasión triste, debilitante u opresiva”

En materia de descripciones clínicas planteó que los lipemaniacos dormían poco, ya que la inquietud y el miedo, además del terror, los celos y las alucinaciones los mantenían despiertos, si se dormían, su descanso se veía interrumpido y agitado por sueños desagradables, además el miedo a la oscuridad, la soledad y el insomnio eran evidentes, la predisposición hereditaria, los problemas familiares, reveses de la fortuna, desilusiones amorosas, periodos críticos de la vida, entre otros, eran factores predisponentes a la melancolía. (Jackson, 1989).

Al igual que su maestro, frente a los síntomas mostraba particular interés sin preocuparse por su significado, o por lo que los mismos pacientes pudieran decir con respecto a lo que los aquejaba, ya que la observación en esta época era predominantemente visual y se centraba en la descripción, y registro de las enfermedades.

Esquirol, llevó a cabo una serie de esfuerzos por eliminar de la categoría de melancolía cualquier otro tipo de trastorno con el que se la identificó en épocas anteriores, lo que supuso una reducción de síntomas que delimitaron aún más el campo de la afección melancólica o lipemaniaca. (Jackson, 1989)

Más adelante hacia mediados de siglo la preocupación fundamental de la psiquiatría se centró fundamentalmente en los sistemas clasificatorios. En todo caso, el paradigma descriptivo, permaneció sin cambios hasta finales del siglo XIX.

En 1845, Wilhelm Griesinger (1817-1868), una de las figuras más importantes de la psiquiatría alemana de mediados de siglo, se impuso con fuerza cuando dentro de sus planteamientos señaló que las alteraciones psíquicas eran provocadas por un cerebro enfermo. Defensor del concepto de psicosis única, para Griesinger la melancolía se constituía como el periodo de iniciación de la inmensa mayoría de las enfermedades mentales y el estado de afectación emocional, de carácter triste anunciaba generalmente la locura.

Pasada la mitad del siglo XIX, la confusión que se había generado como consecuencia de las diversas variedades existentes de los sistemas clasificatorios y la clínica creada por el empirismo, impuso la necesidad de encontrar nuevos criterios explicativos de la patología

mental y es ahí donde se instaura la nosología, con los adelantos en materia médica de los psiquiatras alienistas franceses Jean-Pierre Falret y posteriormente Jules-Gabriel Francois Baillarger quienes propusieron la existencia de una nueva forma nosológica bien diferenciada, se realizaron las primeras descripciones de la locura de doble forma o las primeras formas de locura circular maniaco –depresivas, en el que se reunían en una única categoría dos manifestaciones extremas del humor: la manía y la melancolía. (Pellion, 2004)

Tras las descripciones planteadas de estos dos autores, se abrió un espacio nosológico distinto al terreno de los delirios crónicos, es decir, de un lado las psicosis maniaco depresivas y de otro la esquizofrenia y la paranoia.

Tanto Falret como Baillarger se desprendieron de las formulaciones de Pinel y Esquirol que deslindaban los estados extremos de melancolía y manía al describirlos de manera independiente y no como dos caras de una misma moneda. (Jackson, 1989)

La visión de la locura de doble forma para Falret se concentró especialmente en el proceso de alternación de los estados de excitación y de depresión, dicha descripción de las formas clínicas contribuyó a una extensión mayor de las psicosis maniaco depresivas haciendo de los tipos clínicos manía- melancolía, manifestaciones de un único cuadro patológico donde se incluían la evolución regular y sucesiva de ambos estados con periodos de lucidez más o menos prolongados. (Jackson, 1989)

Más adelante, con la aparición en escena del psiquiatra Británico Henry Maudsley, los sistemas clasificatorios que se habían llevado a cabo hasta el momento fueron desapareciendo

gradualmente. Este autor distinguió dos formas de locura: la afectiva e ideacional, además precisó que en la locura no siempre estaba presente el delirio. (Jackson, 1989)

Maudsley distinguió dos tipos de melancolía: una afectiva en la que solo se veía afectado el modo de sentir o la vida afectiva de la persona, y otra mucho más grave en la que predominaban las ideas delirantes y la alienación intelectual. (Jackson, 1989)

Este autor describió la melancolía simple de la siguiente manera: el paciente se siente extrañamente cambiado de forma poco natural, las impresiones que deberían ser agradables o indiferentes son dolorosas, se siente extrañamente aislado y no puede interesarse ni poco ni mucho por sus asuntos, se encuentra profundamente mal y rehúye la sociedad, pasándose el día probablemente en la cama. (Jackson, 1989)

En su enfoque de la explicación de los desórdenes mentales defendía la cuidadosa historia de cada caso para poder hallar el tratamiento adecuado, sostenía que las causas de esta patología eran múltiples, aunque consideraba como fundamental el factor hereditario destacando también la importancia de la crianza y las expectativas vitales del paciente. (Jackson, 1989)

Es quizá el psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger fundador de la psiquiatría alemana uno de los autores que más influyó en este sentido, ya que para él la melancolía era un estado de depresión mental que precedía a otras formas de locura. (Jackson, 1989)

En general, los desórdenes mentales eran categorizados bajo el manto de estados de depresión mental, identificando como causa de la misma la prolongación directa de alguna emoción

dolorosa, por ejemplo la pena, o los celos dependiente de alguna causa objetiva excesiva y por su prolongación más allá de lo normal, sin embargo, en este mismo sentido planteó que no era posible hablar solo de enfermedades del alma, sino que era preciso hablar de las afecciones del cerebro dentro de las que incluía la locura. (Jackson, 1989)

Griesinger no desarrolló ningún tipo de teoría patógena sistemática, sino que en su lugar habló de factores predisponentes multicausales lo que le llevó a proponer valoraciones individualizadas de los pacientes para determinar la etiología o el tratamiento a seguir en cada caso. (Jackson, 1989)

Por otra parte Ernest Lasegue (1816-1883) presenta el delirio crónico de evolución progresiva, mientras que en Inglaterra Henry Mudsley, uno de las figuras más importantes de la psiquiatría anglosajona influenciado por las ideas de Pinel, Esquirol y Griesinger presenta dos variedades de locura: la afectiva e ideacional definidas ambas por la ausencia o presencia de delirio en sus distintas formas. Del lado de la locura afectiva ubica la manía y la melancolía sin delirio basado en los presupuestos teóricos de Pinel, en la locura ideacional ubica las formas de melancolía y manía siguiendo el esquema de las monomanías de Esquirol

Para Mudsley, las enfermedades mentales estaban dadas por un determinismo hereditario, y el peso de la degeneración eran la causa principal del trastorno, donde todas sus variantes, terminan generalmente en un verdadero cuadro de demencia aproximándose al concepto de psicosis única de Griesinger.

Posteriormente, con el avance y el desarrollo de la psiquiatría, la terminología empleada para referirse a la melancolía fue adquiriendo aparentemente mayor rigor y especificidad, y con la aparición en el escenario de Emile Kraepelin y sus sistemas clasificatorios se inauguró el establecimiento de la psiquiatría moderna que rompió definitivamente con la tradición Hipocrática trayendo consigo otras nuevas categorías de psicosis: la maníaco-depresiva y la demencia precoz (hoy conocida como esquizofrenia) (Jackson, 1989), en este sentido y en concordancia con un discurso biológico positivista cercano al de la medicina apareció la noción de depresión, término aún vigente que se usa en la actualidad para designar un conjunto de síntomas que afectan la parte afectiva como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y disminución del rendimiento (DSMIV, 2005).

Con lo planteado hasta ahora, la instauración de la psicosis maniaco depresiva se hizo cada vez más clara, del mismo modo, el concepto de depresión tomó cada vez más fuerza explicativa hasta llegar a sustituir por completo el término de melancolía

## **Depresión y melancolía en el discurso contemporáneo**

En la época actual uno de los fenómenos altamente difundidos que hace parte del lenguaje común cotidiano y que según el discurso médico actual se ha convertido en una de las perturbaciones mentales más preocupantes de este tiempo es el de la depresión, prueba de ello es el incremento incontrolable de las estadísticas que dan cuenta de los depresivos en el mundo, de allí que sea frecuente escuchar que la depresión es el mal del siglo XXI.(

Desde esta lógica parece que los deprimidos son cada vez más lo que ha llevado a interrogar el estatuto que dicha noción ha adquirido en el discurso contemporáneo y porque se ha extendido de manera vertiginosa a tal punto que ha llegado a englobar bajo su nombre casi cualquier malestar o estado de ánimo que implique un momento de tristeza

En este sentido, se encuentra por ejemplo que con la aparición de la industria farmacológica y los avances de la neuroquímica cerebral que constituyen el discurso de la ciencia, y que a su vez estructuran y sostienen de forma sólida la psiquiatría de hoy, se acude cada vez más a la verificación experimental, la cual, se encuentra abocada a explicar la conducta humana y sus padecimientos psíquicos en términos biológicos con el fin de encontrar una causa específica, objetiva, que desaloje toda idea de una causalidad subjetiva.

Como sustento de lo anterior se encuentran por ejemplo los manuales diagnósticos y estadísticos donde están relacionados una serie de síntomas y síndromes, cuyos criterios estandarizados y de clasificación, constituyen el marco referencial a partir del cual algunos

discursos psi establecen la asignación de un diagnóstico, con el fin de patologizar y medicalizar los problemas de salud mental, todo esto impulsado por ciertos sectores y grupos con intereses económicos en juego, apuntando entre otros a la industria farmacéutica.

Bajo estas circunstancias, no es de extrañar que la depresión, se haya convertido en un término de uso común, generalizado y en un trastorno susceptible de ser tratado con un medicamento, o en el mejor de los casos a través de ciertas técnicas psicoterapéuticas donde se toman en cuenta la evaluación de las respuestas del sujeto a cuestionarios estandarizados que avalen el trastorno para poder aplicar el tratamiento psicológico que de ordinario en la práctica clínica es igual para todos.

Desde el psicoanálisis Freud en el malestar en la cultura se ve abocado a dar cuenta del sufrimiento inherente a la condición humana, si algún paciente ha llegado al nivel de lucidez propia de la melancolía entonces el médico le prescribe un medicamento para que su cuerpo descansa y su cabeza no piense, si bien esto es válido para la enfermedad orgánica para el caso del sufrimiento psíquico no lo es tanto ya que no se tiene en cuenta la causalidad psíquica de ese sufrimiento y menos aun una causalidad inconsciente.

Bajo estas circunstancias se acude a un borramiento de la subjetividad, donde no se toman en cuenta las diferencias sustanciales que existen entre la depresión y la melancolía ya que ambas son tratadas con antidepresivos, lo que conduce a que en nuestro tiempo se asista a una generalización del diagnóstico y con ello a la generalización de los tratamientos farmacológicos que conducen indefectiblemente a la condición del hombre alejado del conflicto y convertido en un ser puramente biológico sin capacidad de decisión.

Es por ello que es importante recuperar ciertas distinciones estructurales no solo para no descuidar la singularidad de cada uno, sino también para comprender que el sufrimiento es un asunto connatural a la condición humana.

Esto será lo que Freud retomará en su texto duelo y melancolía cuando ubica como factor diferencial fundamental las autodenigraciones y autorreproches que el melancólico dirige contra su propio yo, en este sentido, la melancolía se encuentra atrapado por una culpa desencadenada en general como consecuencia de una pérdida de naturaleza real o imaginaria.

Estos presupuestos teóricos, serán los que Freud va a desarrollar de manera magistral en varios de sus ensayos, especialmente en duelo y melancolía donde dará cuenta de las constelaciones psíquicas presentes en la melancolía.

## El concepto de melancolía en la obra Freudiana

Se iniciara el capítulo con los desarrollos sobre la melancolía en la teoría psicoanalítica, en particular en la obra de Freud, con el fin de hallar el estatuto que esta entidad clínica adquiere y poder así, distinguir tal estado del de la depresión.

En gran parte de la obra Freudiana, existen varias referencias con respecto a la melancolía. Los primeros planteamientos que Freud realizó a propósito del tema aparecen en un orden bastante alternado en apuntes informales, anotaciones manuscritas y cartas confidenciales dirigidas a su amigo Wilhem Fliess, especialmente, durante la década de 1890 época que coincide con las primeras elaboraciones conceptuales que darán vida al psicoanálisis y que se relaciona con los planteamientos iniciales de la teoría de la neurosis, donde se diferencian unas neurosis actuales (neurastenia y angustia), de otras de transferencia o neuropsicosis de defensa.

La melancolía desde estos primeros tiempos, se situará entre una y otra categoría y su estatuto irá adquiriendo mayor claridad en tanto el autor va afinando poco a poco los mecanismos y fenómenos psíquicos que parecen corresponderse con esta entidad clínica. Así, inicialmente se encuentra que la melancolía se relacionará con la neurastenia y la neurosis de angustia.

En los manuscritos A y B Freud (1893) sostiene que toda neurosis o neurastenia es provocada por una perturbación de la función sexual normal (onanismo, coitus interruptus y en el caso de las mujeres por falta de potencia en el hombre la cual impide la plena satisfacción femenina) todos estos factores dentro de los que se incluyen también las practicas inhibitorias

generan un “desgaste sexual” que para Freud es la condición necesaria a partir de la cual se sitúa la etiología y mantenimiento de toda neurosis, entre cuyos síntomas fundamentales se encuentra “la angustia, un cierto rebajamiento de la conciencia de sí, la expectativa pesimista y la inclinación a unas representaciones penosas contrastantes”(Freud,1893,p. 220).

En el manuscrito B, se hará referencia a dos modalidades de la neurosis de angustia, la primera que se presenta como un estado permanente bajo el cual se encuentran síntomas tales como la hipocondría, la agorafobia, claustrofobia y vértigo en altura, también se puede presentar como una angustia referida a decisiones y memoria: compulsión a cavilar y ataque de angustia. (Freud, 1893)

La “desazón periódica” es otra forma de la neurosis de angustia, síntoma que también es característico en la melancolía, pero que se diferencia de esta por presentar un anudamiento en apariencia con un trauma psíquico y por otra parte, porque esta desazón periódica se presenta sin la anestesia psíquica que es parte fundamental en la melancolía. (Freud 1893)

De este manuscrito se pueden resaltar varios aspectos importantes con respecto al estatuto que va adquiriendo el concepto de melancolía en la teoría freudiana, aquí se puede notar que la melancolía adquiere un matiz distinto a la neurosis de angustia, ya que no solo se sitúa como una alteración a nivel físico de la función sexual, sino que se convierte en una impotencia psíquica, y la desazón periódica o ataque de angustia que la caracteriza no se explica por la evidencia de un trauma psíquico.

En general tanto en el manuscrito A como en el B, Freud sostiene que toda neurastenia se deriva de una perturbación de la función sexual, lo que acarrea consecuencias notables que no solo incluyen síntomas somáticos sino psíquicos.

Para Freud era claro que la neurastenia no la provocaban factores circunstanciales ni cerebrales tal como lo planteaban los médicos de su época, la neurastenia era provocada por una alteración de la función sexual normal que llevaba aparejada un desgaste, así por ejemplo un afecto depresivo, el trabajo excesivo o cualquier otro influjo toxico predisponía a la neurastenia siempre y cuando desde antes ya hubiera un desgaste sexual, lo que implicaba que la influencia de factores externos por si solos no podrían desencadenar la neurastenia.

Para Freud la neurastenia como producto de la perturbación de la potencia sexual venia acompañada de una impotencia relativa, llamada más tarde impotencia psíquica que en las mujeres emergía a modo de desazón o angustia periódica.

#### **Manuscrito D: sobre la etiología y la teoría de las grandes neurosis**

En el manuscrito D, la melancolía (1894) se seguirá circunscribiendo dentro de las grandes neurosis, sin embargo, se hará una separación de la misma con respecto a otras neurosis como la histeria, la neurosis de angustia y la neurosis obsesiva.

En este apartado, Freud (1894) enumera cada una de las neurosis y le asigna un lugar específico a la melancolía junto con la manía, lo que puede dar lugar a pensar que tanto la melancolía como la manía para Freud se encuentran estrechamente vinculadas.

Seguidamente en el apartado B, se habla sobre la etiología de las neurosis donde Freud precisa, entre otras cosas, que la melancolía es adquirida.

Posteriormente, en la **carta 18 de la correspondencia con Fliess**, Freud advierte acerca de los vacíos que tiene con respecto a la teoría de las neurosis, sin embargo, ello no le impide plantear algunos puntos de vista generales que van sumando al avance de la teoría, en esta carta, Freud explica la existencia de tres mecanismos distintos que operan en cada una de las neurosis descritas, explicando que para el caso tanto de la neurosis de angustia como para la melancolía opera un mecanismo distinto a las demás neurosis que es el de la permutación de afecto, en este caso ya no habla de tensión o función sexual, sino de “afecto sexual” y explica que en cualquier caso es muy probable que haya una excitación sexual no tramitada que ingresa en cualquiera de los mecanismos que le corresponde a cada neurosis, para el caso de la melancolía esa tensión sexual se transmuta en afecto. (Freud, 1894, p.227).

Como ya lo había planteado en el manuscrito D, todas estas neurosis son adquiridas incluida la melancolía, y su etiología se sitúa en perturbaciones de la vida sexual, sin embargo, aquí Freud también habla del carácter hereditario de algunas neurosis pero no da un mayor desarrollo con respecto a las mismas.

A la altura de estas reflexiones se pueden resaltar varios aspectos importantes que permiten hacer una clara distinción entre la melancolía y la angustia, la primera viene acompañada de una impotencia psíquica y además no existe evidencia de un trauma psíquico que pueda explicarla a pesar de que en todo lo demás se comporta igual que la angustia.

La tensión sexual o función sexual a la que Freud hacía referencia en el manuscrito A y B pasa a circunscribirse bajo el nombre de afecto sexual, donde la melancolía es producto de la perturbación de ese afecto sexual de carácter cuantitativo, caracterizado por la canalización insana de la energía sexual (onanismo masculino, insatisfacción femenina, pérdida libidinal)

### **Manuscrito E como se genera la angustia**

Sin fecha oficial, probablemente escrito en junio de 1894 según Strachey este manuscrito constituye un bosquejo preliminar bastante completo del primer artículo de Freud sobre la neurosis de angustia.

En este texto se desarrolla más detalladamente el mecanismo a través del cual emerge la angustia y su diferencia con la melancolía, se sostiene en primera instancia que una tensión sexual física acumulada que no ha podido ser tramitada se muda en angustia, no así para el caso de la melancolía cuya aparición depende de una tensión psíquica:

Aquí se interpola una noticia, adquirida simultáneamente, sobre el mecanismo de la melancolía. Con particular frecuencia, los melancólicos han sido anestésicos; no tienen ninguna necesidad (y ninguna sensación) de coito, sino una gran añoranza por el amor en su forma psíquica –una tensión psíquica de amor, se diría, cuando ésta se acumula y permanece insatisfecha, se genera melancolía. Éste sería, pues, el correspondiente de la neurosis de angustia. Cuando se acumula tensión sexual física – neurosis de angustia. Cuando se acumula tensión sexual psíquica melancolía. (Freud, 1894, p.231)

En este punto es importante señalar que los desarrollos teóricos hechos por Freud sugieren la aparición de una tensión valorada en términos psíquicos cuya mudanza en angustia se debe a una mala tramitación de la tensión acumulada a nivel físico, que si bien alcanza cierto umbral para ser percibida, no cuenta con el anudamiento psíquico que le permita la consecución de un afecto sexual que conduzca al coito, por ello esta tensión física no ligada psíquicamente muda en angustia. De hecho, Freud menciona que los síntomas que produce un ataque de angustia (disnea, palpitaciones, sensación de angustia entre otros) se corresponden muy bien con las sensaciones que produce la descarga de excitación durante el acto sexual.

El manuscrito E es clave para comprender el desarrollo posterior que el concepto de melancolía va a tener en la obra freudiana, ya que allí aparece por primera vez la formulación del afecto sexual físico excedente que suscita la libido psíquica, la cual puede investir cierto grupo de representaciones que permiten una tramitación de dicha energía a diferencia de la melancolía en la cual dicho proceso se encuentra alterado.

### **Manuscrito F: Recopilación III**

En el manuscrito F, a partir del análisis del historial clínico de dos pacientes, Freud realiza una explicación de los mecanismos psíquicos que subyacen en la neurastenia, para ambos casos, es una sexualidad inadecuada que lleva aparejada una potencia débil y una “endeblez” de la sexualidad lo que impide la plena satisfacción y consecución adecuada de la vida sexual.

Estos factores desencadenan síntomas de los más diversos, incluso algunos de ellos equiparables a la melancolía, como la desazón periódica. La depresión profunda, los ataques de angustia, las inhibiciones, y síntomas somáticos, son otros tantos factores inherentes a esta condición (neurastenia) (Freud 1894).

### **Manuscrito G. Melancolía**

Probablemente escrito el 7 de enero de 1895, en el manuscrito G Freud empieza por vincular la anestesia sexual con la melancolía, basando su reflexión en el análisis de varios casos en los que dicha condición era evidente:

1 por el descubrimiento de que en numerosos melancólicos existió mucho antes una anestesia, 2 por la experiencia de que todo cuanto provoca anestesia promueve la génesis de melancolía y 3 por un tipo de mujeres psíquicamente menesterosas en quienes la añoranza se vuelca con facilidad en melancolía y que son anestésicas. (Freud, 1894, p.239)

Para entender y comprender los hechos observados en la clínica, Freud Plantea lo siguiente:

El afecto de la melancolía es el duelo (añoranza de algo perdido) esta pérdida se da dentro de la vida pulsional. Cuando se produce la anorexia cuya base es la melancolía, la pérdida de apetito es una sustitución y desplazamiento de la pérdida del apetito sexual.

Por todo lo anterior, parte de la idea de que la melancolía consistirá en el duelo por la pérdida de la libido.

Si bien para Freud la anestesia sexual es un factor predisponente para la melancolía no es la causa directa, ya que dicho estado se relacionará con una pérdida producida dentro de la vida pulsional, es decir, que consistirá en el duelo por la pérdida de la libido, entre cuyas manifestaciones también se encuentran la inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello.

Por otra parte, Freud postula un esquema sexual, donde el grupo sexual psíquico es despojado de su magnitud de excitación en dos casos:

1. Cuando disminuye o cesa la excitación sexual somática. Este es característico de la melancolía grave donde se dan periodos de acrecentamiento o suspensión de la producción de excitación sexual somática, esto se debe a la excesiva masturbación la cual conduce a un aligeramiento excesivo del órgano terminal y a un umbral de estímulo muy bajo, que afectaría y empobrece la excitación sexual y debilita el grupo sexual psíquico, a este proceso se le llama melancolía neurasténica.
2. Cuando la tensión sexual es desviada del grupo sexual psíquico y la producción de la excitación sexual somática no disminuye, esta excitación se emplea o desplaza en una forma de angustia. Esta es llamada melancolía de angustia.

La anestesia es una falta de sensación de voluptuosidad o de placer, además es un signo de la melancolía por lo que Freud propone tres variedades de sensación anestésica:

1. No hay estimulación del órgano excitado o es muy bajo, esto lleva a una pobre satisfacción (Frigidez).

2. Existe un daño en la relación de la sensación del órgano y la representación de placer, en este caso se da un coito que no genera la suficiente satisfacción. Este es el caso de la anestesia masturbatoria o del coitus interruptus.
3. No existe ningún daño, sólo que no se es consciente del placer, a causa de algún enlace con un afecto defensivo como el asco, esto no le permite alcanzar la voluptuosidad. Es el caso de la anestesia histérica análoga de la anorexia histérica.

Como antes se mencionó la anestesia es una preparación y predisposición a la melancolía, porque la anestesia es una falta de sensación voluptuosa que afecta el grupo sexual psíquico, y este también se ve afectado por la falta de excitación sexual somática, estas dos afecciones producen melancolía.

La excitación sexual somática (la erotización del cuerpo) puede fallar tanto por falta de deseo “voluptuoso”, como por anestesia del cuerpo por las razones antes referidas, por lo regular ligadas a la falta de excitación del órgano terminal tras onanismo, por frigidez, represión histérica entre otras.

Según Freud, la anestesia es una peculiaridad de las mujeres que se acentúa por la condición de pasividad, dos principales razones para este suceso son:

- a. La educación: para las mujeres va enfocada en no despertar la excitación sexual somática y en cambio se les demanda generar acciones específicas permanentes que seduzcan al hombre para que cumpla este papel, de este modo, la tensión sexual se mantiene baja, por

esto el grupo sexual psíquico cae en estado de añoranza que, por el disminuido nivel de tensión en el órgano terminal, lleva a la melancolía.

En muchos casos las mujeres se casan y no hay amor en sus relaciones sexuales y esto las lleva a la frigidez.

Al parecer la predisposición principal para la melancolía es el bajo nivel de tensión en el órgano terminal, sin embargo, las personas más fuertes y potentes tienden a la neurosis de angustia, mientras que las más débiles e impotentes se inclinan por la melancolía.

Los efectos de la melancolía se pueden explicar como una inhibición psíquica acompañada por un empobrecimiento pulsional que lleva a un duelo. En la melancolía se pierde intensamente la magnitud de excitación, existe un agujero en lo psíquico que no permite alcanzar la excitación y genera un empobrecimiento pulsional e inhibición psíquica que genera la angustia que lleva al duelo.

La idea de melancolía en Freud en este manuscrito continua circunscribiéndose bajo los cánones antes establecidos, sin embargo, ahora habla del duelo provocado por la pérdida de la potencia sexual, se da una “inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello” En este caso la idea de la melancolía como un duelo lleva aparejado la potencia sexual perdida, desfallecida.

### **Manuscrito N: Anotaciones III**

En el manuscrito N de Freud (1897) se vislumbra un cambio de perspectiva con respecto a lo que en trabajos anteriores se explicaba a propósito de la melancolía, ya que no aparece ligada a la anestesia sexual ni a su aparición como consecuencia de la imposibilidad en la descarga de tensión sexual, sino que más bien aparece relacionada con la culpa y la identificación, lo cual es explicado del siguiente modo estableciendo una diferencia con respecto a los mecanismos psíquicos que operan en cada una de las neurosis a partir de la configuración del Edipo:

Los impulsos hostiles hacia los padres (deseo de que mueran) son, de igual modo, un elemento integrante de la neurosis; salen a la luz conscientemente como representación obsesiva. En la paranoia les corresponde los peores delirios de persecución (desconfianza patológica de los gobernantes y los monarcas). Estos impulsos son reprimidos en aquellas ocasiones en que se suscita compasión por los padres: enfermedad, muerte de ellos. Entonces es una exteriorización del duelo hacerse reproches por su muerte (las llamadas melancolías), o castigarse históricamente, mediante la idea de la retribución, con los mismos estados (de enfermedad) que ellos han tenido. La identificación que así sobreviene no es otra cosa, como se ve, que un modo de pensar, y no vuelve superflua la búsqueda del motivo". (Freud, 1897, p.296)

Esta tesis es de suma importancia ya que hará parte del desarrollo posterior que Freud planteará con respecto a la melancolía, siendo ésta consecuencia de la represión. El descubrimiento de la libido inconsciente que aquí es señalada marcará un desarrollo variable

en la obra Freudiana puesto que en 1915 el autor determinará que lo que es consciente o inconsciente son las representaciones investidas por la libido y no la propia pulsión que es ajena a toda consideración tópica.

Con respecto a la melancolía, se observa que una pérdida exterior es interiorizada en el yo a partir de la identificación, a modo de pensamiento irrumpen deseos hostiles que son reprimidos, y que luego, aparecen a modo de autorreproches como forma de autocastigo por la realización del deseo de que los padres mueran.

El pensamiento Freudiano en esta época con respecto a la melancolía, pretende situar su estatuto bajo la consideración de una pérdida exterior que se va interiorizando. En este manuscrito el tema de la identificación es de capital importancia ya que en este caso consiste en padecer los mismos sufrimientos de los padres cuando acontece una tragedia como la muerte de los mismos.

Hasta este momento la identificación es un modo de pensamiento que ocurre por la irrupción de impulsos hostiles que son reprimidos, dando como resultado un autocastigo, especialmente si el deseo tiene el poder de realizarse en el plano imaginario o real.

### **Carta 102**

En esta carta, a partir del análisis de los casos de dos mujeres, Freud retoma dos características inherentes al estado melancólico: uno son los autorreproches y/o auto denigraciones y el otro es la anestesia sexual. Esta carta es muy interesante, ya que Freud habla de melancolía histérica para hacer referencia a un tipo de neurosis, entre cuyo cuadro

clínico se encuentra una anestesia total, y en el otro caso particular observa unos autorreproches y denigraciones por un temor inconsciente a la impotencia, en ambos casos, podría decirse que para Freud existen ciertas características del cuadro melancólico en la neurosis, que sin embargo al aparecer aisladas se constituyen solo como uno más de los síntomas que puede presentar la neurosis.

### **Un caso de curación por hipnosis**

En un caso de curación por hipnosis, (1893) Freud menciona el afecto depresivo constitutivo de las neurosis. En este historial clínico menciona el caso de una joven mujer que tras su primer parto y siempre que da a luz, experimenta como su deseo y el empeño de su voluntad por amamantar a sus hijos se ve impedido por el afloramiento de una serie de síntomas cuyos efectos resultan incapacitantes: dolor en los senos, disminución en la producción de leche, perturbaciones alimentarias (repugnancia, vómitos, inapetencia).

Durante su explicación del mecanismo psíquico de las perturbaciones de la paciente que Freud había curado por sugestión, explica el papel que desempeñan las representaciones contrastantes y de la voluntad contraria en la vida mental de los sujetos y la causación de síntomas histéricos como por ejemplo los que se dan en la neurosis y en el status nervosus en general donde se presenta como una tendencia primaria a la desazón y a la rebaja de autoconciencia que en la melancolía se encuentran como síntomas aislados en su desarrollo extremo (Freud, 1893.p155).

La importancia de este caso radica justamente en la relación que tiene con los afectos depresivos que acompañan los síntomas, en este caso, de las representaciones contrastantes

que se oponen a la realización de un deseo. La depresión anímica se comprende desde este historial como una tendencia natural frente a la impotencia e incapacidad de llevar a cabo un deseo, esto permite plantear que los afectos depresivos son inherentes al sujeto mismo en tanto sujeto en falta, de tal manera que la depresión acompañaría no solo a la estructura histérica, sino a todas las estructuras, en tanto ellas condensan también una cierta imposibilidad.

De lo planteado en líneas precedentes se puede establecer según Freud que la depresión es un afecto que se instala como tendencia primaria en la neurosis, mientras que en la melancolía la desazón o tristeza se establece como una formación clínica, es decir que la depresión es un estado anímico presente en la neurosis mientras que en la melancolía adquiere el estatuto de una afección psíquica.

La melancolía desde las primeras elaboraciones teóricas y conceptuales hechas por Freud, tendrá su origen en una tramitación inadecuada de la libido, al principio no aparece como entidad clínica diferenciada sino que aparece relacionada con la neurastenia y la neurosis de angustia en referencia a una perturbación de la función sexual normal (onanismo, insatisfacción femenina, pérdida de la libido...).

Estas nuevas consideraciones sobre las consecuencias psíquicas de la falta de potencia sexual que en principio debía su desencadenamiento a factores tanto hereditarios como a perturbaciones de la vida sexual normal, introducirán otros principios que le permitirán al psicoanálisis distanciarse de la tradición médica y psiquiátrica de la época.

La melancolía en estos primeros escritos se engloba dentro de las neurosis, cuyos mecanismos diferenciadores radican en las perturbaciones de la vida sexual, es importante resaltar que en el manuscrito E la permutación de afecto es el mecanismo que opera en la melancolía además de la anestesia sexual.

Por otro lado, en la carta 102, Freud retoma dos características inherentes al estado melancólico: uno son los autorreproches y/o auto denigraciones y el otro es la anestesia sexual, a la vez que apunta a un tipo mixto entre melancolía e histeria cuyo cuadro clínico se manifiesta por una anestesia total, y en el otro caso particular observa unos autorreproches y denigraciones por un temor inconsciente a la impotencia.

Los manuscritos A, B, D, E, F y particularmente el manuscrito G escrito en 1895 giran en torno a los mecanismos sexuales cuantitativos fronterizos entre lo somático y lo psíquico, el manuscrito G introduce nuevas consideraciones en la teoría ya que la pérdida libidinal llevará aparejado el dolor consiguiente que es el duelo, mecanismo que opera en la melancolía lo que la hace adquirir un estatuto de afección psíquica en tanto esta pérdida de libido o apetito sexual desencadena una inhibición psíquica conduciendo indefectiblemente a un empobrecimiento pulsional y al dolor por ello, lo que en pocas palabras se traduce en una libido faltante que provoca sufrimiento por su consecuente ligazón con la pérdida.

Con estos planteamientos Freud se adelanta a posteriores desarrollos en los cuales la libido faltante se situara como una falta en lo psíquico y esta falla es lo que desencadenaría esa inhibición psíquica constitutiva del melancólico y de una pérdida a la manera de una hemorragia interna y de un vacío profundo, de suerte Freud dirá que el afecto que acompaña

a la melancolía es el duelo o sea la añoranza de algo perdido, que en la melancolía se trata específicamente de una pérdida dentro de la vida pulsional.

En la carta 18 de la correspondencia con Flies, se introducen nuevas consideraciones que permiten hablar de afecto sexual en lugar de tensión o función sexual, lo que implica variaciones importantes en tanto ese afecto se puede transformar cualitativamente teniendo además variaciones en cuanto a la cantidad, de allí que la melancolía surja como resultado de una variación de ese quantum de afecto, que entre más perturbado se encuentre, más anestesia habrá y por consiguiente dará lugar a la melancolía.

Parte de la transformación de la teoría Freudiana aparece también en los manuscritos K y N ya que la melancolía dejará de relacionarse con la neurastenia y la angustia para aparecer del lado de la culpa y la identificación, y del lado de la neurosis obsesiva (manuscrito k) ligada a la escrupulosidad de la conciencia moral y los fenómenos de avallasamiento del yo.

El manuscrito N es de capital importancia ya que la melancolía es sustraída de una explicación en términos fisiológicos para situarse del lado de una pérdida exterior que se va interiorizando, en este manuscrito se empiezan a dar las primeras pinceladas del tema de la identificación como modo de pensamiento que se sucede con ocasión de la irrupción de impulsos hostiles reprimidos que dan como resultado un autocastigo.

Estas explicaciones jugaran un papel importantísimo en las explicaciones posteriores de los mecanismos psíquicos de la melancolía y su relación con el tema de la identificación.

Más adelante, con la escritura de los tres ensayos para una teoría sexual (1905) Freud pasa a realizar una serie de descripciones en las que el objeto se asume como una pérdida que de alguna manera se compensa a través de un proceso identificatorio. En este texto se encuentra mayor claridad con respecto al proceso que opera en la identificación melancólica y su relación con el objeto y especialmente, como la libido que debería investir otros objetos se queda anclada al objeto perdido para luego volcarse sobre el yo.

En este texto se plantean los posibles destinos que puede tener la libido, que en algunos casos no se dirige a otros objetos, ya que su poder de investidura dependerá en gran medida de la elección de objeto, de allí que haya estados en los que la libido o el quantum de energía sexual no sea dirigida a otros objetos tras la pérdida sino que quede flotante como en el caso de la melancolía volviendo a recaer sobre el yo, pasando a llamarse no libido de objeto sino libido narcisista.

La libido narcisista, que señala el mecanismo que ocurre en la melancolía Freud la explica de la siguiente manera:

Desde el psicoanálisis miramos como desde una frontera, cuya transgresión no nos está permitida, la actuación de la libido narcisista y nos formamos una idea de su relación con la del objeto. La libido del yo o libido narcisista aparece como una gran represa de la cual parten las corrientes de revestimiento del objeto y a la cual retornan. El revestimiento del yo por la libido narcisista se nos muestra como el estado original, que aparece en la primera infancia y es encubierto por las posteriores emanaciones de

la libido, pero que en realidad permanece siempre latente detrás de las mismas.

(Freud, 1905, p. 985)

Más adelante con las elaboraciones conceptuales que Freud llevó a cabo en uno de sus textos titulado “introducción del narcisismo (1914) se da una diferenciación con respecto a la libido de objeto y la libido narcisista según las posibilidades que presenta el sujeto para invertir o no a los objetos, situando a la melancolía bajo los cánones de una libido narcisista que se repliega en el yo.

Con la introducción del concepto de narcisismo, Freud (1914) habla de afecciones narcisistas para referirse especialmente a las psicosis, termino bajo el cual incluye a la melancolía, aquí Freud se pregunta por el proceso a través del cual se establece la regresión de la libido en la melancolía y encuentra que las ideas delirantes, los autorreproches, el autocastigo son los recursos a través de los cuales en la melancolía se intenta restaurar la libido hacia los objetos haciéndolos retornar desde el yo.

Sin embargo, la respuesta a la pregunta planteada anteriormente se encontrará claramente esbozada en duelo y melancolía, cuando Freud a partir de sus elucubraciones y descubrimientos sostendrá que lo que particulariza a la melancolía como una afección que se subsume bajo la categoría de la psicosis es que la libido no se dirige hacia la investidura de otros objetos exteriores, sino que recae sobre el yo del sujeto.

Para darle más claridad al tema en cuestión, es importante hacer referencia al estatuto que adquiere la psicosis en Freud, para ello se toma como referencia uno de sus textos titulado

neurosis y psicosis publicado en 1924, en donde se formula lo siguiente: “la neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre el yo y el ello; las neurosis narcisistas a un conflicto entre el yo y el superyó y la psicosis, al conflicto entre el yo y el mundo exterior” (Freud, 1924, p. 158)

Cabe señalar que luego de la introducción en el yo y el ello (1923), Freud encuentra una nueva diferencia entre la neurosis y la psicosis, en primer lugar las neurosis de transferencia se dan como consecuencia de un conflicto entre el yo y el ello, en segundo lugar Freud encuentra una oposición con lo que ocurre con las neurosis narcisistas o psicosis dentro de las que se incluye la melancolía como causa del conflicto producido entre el yo y el superyó.

A partir de estas elucidaciones en el texto duelo y melancolía (1915) se concretan las particularidades de esta afección donde el yo aparece empobrecido por una pérdida irreparable, dándose una identificación narcisista que conduce al sujeto a que se describa como indigno, estéril y moralmente despreciable.

Estas características fundamentales serán las que distinguirán la melancolía de la depresión, esta última descrita por Freud como un estado anímico presente en las neurosis, a diferencia de la melancolía que es una entidad clínica adscrita a la psicosis y relacionada con una patología narcisista.

En Freud se encuentra que como estado anímico la depresión se anuda a la teoría de los afectos que si bien en algunas ocasiones también obedece a una pérdida y aparece como

acompañante de unos estados penosos provocados por el trabajo del duelo, gracias a la investidura libidinal al sujeto le es posible posteriormente reemplazar el objeto perdido por otro del mundo exterior.

Después de varios años sin profundizar en el tema de la melancolía, con la emergencia de la nueva metapsicología psicoanalítica donde Freud elabora un conjunto de modelos conceptuales que sirven de marco de referencia para la comprensión de temas vitales del psicoanálisis, surge nuevamente el interés clínico por este fenómeno, y tras la escritura del texto introducción del narcisismo (1914) Freud presenta como continuación de este trabajo, uno titulado duelo y melancolía donde se articulan de manera definitiva las ideas que anteriormente había esbozado en varios manuscritos y cartas.

Así, con la introducción del concepto de narcisismo Freud encuentra la manera de hablar de afecciones narcisistas para referirse especialmente a las psicosis donde incluye a la melancolía cuyo cuadro clínico se establecerá a partir de su relación con el duelo y por la intensidad de una tristeza profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior y especialmente por la fuerza con que se manifiestan unos autorreproches y autodenigraciones.

En introducción del narcisismo (1914) Freud plantea la distinción entre libido de objeto y libido narcisista, aquí explicará el estatuto que adquiere la libido en tanto hace posible investir o desinvertir objetos o simplemente retornar al yo, en este texto también se esbozan los conceptos fundamentales para la comprensión de duelo y melancolía, así como también el narcisismo secundario, el yo ideal y la conciencia moral. Freud advierte de la relación entre

la libido narcisista y la de objeto en las psiconeurosis narcisistas cuyo modelo será en futuros textos la melancolía.

## **La melancolía en Freud en el contexto de la nueva metapsicología psicoanalítica**

En el año de 1915 en medio de la teoría, la clínica y el movimiento psicoanalítico, Freud añadirá un nuevo concepto a su teoría el cual llamará la metapsicología, termino bajo el cual incluirá todos aquellos procesos psíquicos que se subsumen bajo la dimensión tópica la dimensión dinámica y la dimensión económica.

Dentro de este contexto, surgirán una serie de ensayos entre los que se encuentran introducción del narcisismo y duelo y melancolía donde Freud desarrollará de manera más amplia el tema de la melancolía.

En introducción del narcisismo, Freud aclara que el termino narcisismo proviene de la descripción clínica cuyo cuadro designa una conducta a través de la cual un sujeto se comporta con su cuerpo del mismo modo a como lo haría con un objeto sexual alcanzando por medio de dicha conducta una satisfacción. En este sentido, podría decirse que la conducta narcisista es una conducta perversa, sin embargo, Freud advierte que los diversos estudios que ha llevado a cabo en sujetos neuróticos y homosexuales le han dado la idea de una libido narcisista que surge como complemento del egoísmo propio de la pulsión de autoconservación, esto será lo que al parecer dará al narcisismo un estatuto diferente, en tanto se justifica como modo de supervivencia en todo ser vivo.

Hasta la escritura del texto de introducción del narcisismo Freud había establecido una diferenciación entre las pulsiones sexuales y las pulsiones del yo, o pulsiones de autoconservación, pero justamente en el periodo que va de 1914 a 1920 desarrolla su teoría donde explica que las pulsiones del yo son en sí mismas sexuales lo que le llevar a establecer y diferenciar dos modos de pulsión: las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte en un texto que tituló más allá del principio del placer de 1920.

En cuanto al concepto de libido Freud lo introduce en la teoría tras la escritura de sus tres ensayos para una teoría sexual, siendo de vital importancia para la construcción de la primera tónica de la metapsicología, esto le permitirá pensar más adelante el aspecto económico del aparato psíquico. Para Freud la libido es pensada como una energía sexual del aparato psíquico que puede aumentar, disminuirse o desplazarse, esta energía pensada así en estos términos será lo que le permitirá entender la angustia.

A la pregunta en Freud sobre aquello que determina un diagnóstico clínico, intentara responder a partir de dos conceptos clave: la libido y la identificación, ambos aunados a un tercer concepto que es el de narcisismo.

En este mismo texto de introducción del narcisismo (1914) Freud plantea que en la demencia praecox (kraepelin) o en la esquizofrenia (Bleuler), ambas entidades adscritas al campo de la psicosis existe un extrañamiento del interés con respecto al mundo exterior (personas y cosas) que no son sustituidas por otros objetos en la fantasía

Este extrañamiento del parafrénico con respecto del mundo exterior se diferencia de la alteración del vínculo de la realidad que también se presenta en la neurosis porque en estos últimos se siguen conservando ligazones eróticas con personas y cosas en la fantasía, vale decir, dice Freud, han sustituido los objetos reales por objetos imaginarios de su recuerdo o los han mezclado con estos por un lado, y por otro han renunciado a emprender las acciones motrices que les permitan conseguir sus fines con esos objetos, sin embargo, en los psicóticos a los cuales Freud llama en ese momento parafrénicos sucede que retiran realmente su libido de las personas y cosas del mundo exterior, pero sin sustituirlas por otras en su fantasía (Freud 1914 p. 72).

Tras lo planteado anteriormente, surge la pregunta en Freud con respecto al destino de la libido sustraída de los objetos en la neurosis narcisista, y allí se responde que la libido sustraída del mundo exterior es conducida al yo surgiendo una conducta que cataloga como narcisismo. Freud arguye que el delirio de grandeza no es una creación nueva del sujeto sino la “amplificación y el despliegue de un estado que ya antes había existido (Freud 1914) por tal razón, el narcisismo provocado por el replegamiento de las investiduras de objeto no es sino un “narcisismo secundario” que se edifica sobre la base del narcisismo primario.

Por otro lado, Freud a partir de lo que ha podido colegir del desarrollo de la vida anímica de los niños y de los pueblos primitivos encuentra que en ellos existen rasgos que podrían identificarse con el delirio de grandeza ya que encuentra una sobreestimación del poder de sus deseos y de sus actos psíquicos, la omnipotencia de los pensamientos una fe en la virtud ensalmadora de las palabras y una técnica dirigida al mundo exterior- la magia que aparece como consecuencia de la manía de grandeza, Freud supone una actitud análoga frente al

mundo exterior en los niños, de tal manera que se forma así la imagen de una originaria investidura libidinal del yo que es volcada después a los objetos.

Continuando con lo desarrollado por Freud, en este texto se distinguen dos tipos de narcisismo: un narcisismo primario como un estado inicial de investidura objetal donde la libido en principio asume al propio cuerpo como lugar de satisfacción (autoerotismo) y un narcisismo secundario producto del replegamiento de las investiduras de objeto hacia el yo.

En el narcisismo secundario, tras la conformación del yo, el sujeto invierte a otro objeto, y las pulsiones parciales que hasta entonces se daban de manera autoerótica recayendo en el propio cuerpo, toman a otro como objeto libidinal, esto es provocado por las confrontaciones del sujeto con los ideales del yo, imperativos que vienen desde fuera y son introducidos por la madre lo que obliga al sujeto a salir del narcisismo primario donde el sentimiento de completud y satisfacción total se presenta como omnipotencia (su majestad el bebé)

El narcisismo secundario donde el sujeto es obligado a salir del narcisismo primario (autoerótico) es conocido como la primera herida narcisista sufrida por el niño ,lo que le impulsará a ir en procura de una búsqueda incesante de la completud sentida en el narcisismo primario ahora en la relación que establece con el otro.

El niño se ve abocado a buscar el amor del otro que asume perdido, es decir amar o hacerse amar por el otro cuando se asume en falta.

Así pues, Freud hace una clara distinción entre libido yoica y libido de objeto estableciendo entre ellas una relación inversamente proporcional “cuanto más gasta una, tanto más se empobrece la otra. El ejemplo paradigmático de un estado así es el enamoramiento, en él se observa como el sujeto resigna su narcisismo en favor de la investidura de objeto, Freud diferencia así una energía sexual – la libido con la que se invisten los objetos de una energía de las pulsiones yoicas.

Para Freud el valor de los conceptos de libido yoica y libido de objeto los cuales extrae de la clínica de la neurosis y la psicosis radica en el hecho de que le permite pensar la pérdida de la realidad en la psicosis como introversión de la libido sexual o investidura del yo, sin embargo, la aproximación más clara al conocimiento del narcisismo estará dada por tres caminos: la enfermedad orgánica, la hipocondría y la vida amorosa de los seres humanos.

Para Freud la persona que sufre también retira de sus objetos la libido, cesa de amar, en términos de la teoría de la libido Freud dirá que el enfermo retira sobre su yo sus investiduras libidinales para volver a volcarlas sobre el objeto después de curarse.

La tercera vía de acceso al estudio del narcisismo la encuentra Freud en el análisis de la vida amorosa de los sujetos el exceso de libido del yo puede encontrar una descarga en los objetos y defenderse así de la patología narcisista, por la vía del amor a un ideal sexual:

Donde la satisfacción narcisista tropieza con impedimentos reales, el ideal sexual puede ser usado como satisfacción sustitutiva. Entonces se ama, siguiendo el tipo de elección narcisista de objeto, lo que uno fue y ha perdido, y lo que uno mismo es. En

fórmula paralela a la anterior se diría: se ama lo que posee lo que falta al yo para alcanzar el ideal. Este remedio tiene particular importancia para el neurótico que por sus excesivas investiduras de objeto se ha empobrecido en su yo y no está en condiciones de cumplir su ideal del yo. Busca entonces, desde su derroche de libido en los objetos, el camino de regreso al narcisismo escogiendo de acuerdo con el tiponarcisista un ideal sexual que posee los méritos inalcanzables para él. Es la curación por amor, que él, por regla general, prefiere a la analítica. (Freud,1914).

La energía libidinal que se pone sobre el objeto empobrece al yo, de tal manera que la forma en la que puede estar a salvo de una hemorragia libidinal está dada por la elección de un ideal sexual u objeto de tipo narcisista que haga retornar al yo gran parte de la libido- ser amado por ese objeto.

Con la introducción del concepto de narcisismo, Freud establece los puntos claves que le permitirán desarrollar su teoría de las afecciones narcisistas o psicosis dentro de las que se circunscribe la melancolía, cuya particularidad versa específicamente en los autorreproches y el autocastigo, recursos que el melancólico emplea en un intento de restaurar la libido hacia los objetos, haciéndolos retornar desde el yo.

La particularidad y la diferencia de la melancolía con respecto a las demás psicosis, Freud la desarrollará en su famoso texto “Duelo y melancolía” cuando plantea que la melancolía como una afección propia del campo de las psicosis se caracteriza por una libido que se repliega sobre el yo del sujeto incapaz de investir otros objetos.

A partir de estos presupuestos, el texto duelo y melancolía emerge en la teoría psicoanalítica para darle mayor claridad a las particularidades que poseen estos estados, articulando todos los conceptos que hasta entonces había trabajado anteriormente.

Con los desarrollos antes señalados, también se hace referencia al tema de la desazón periódica, estados o afectos depresivos, que no solo hará referencia en Freud como un estado anímico presente en la neurosis, sino ligada a la melancolía como una entidad clínica adscrita a las psicosis y directamente relacionada con una patología narcisista.

Como estado anímico, la depresión está relacionada con la teoría de los afectos, que por lo regular aparecen como afectos penosos acompañantes del trabajo de duelo en tanto permiten llevar a cabo una simbolización de la pérdida del objeto, bien sea real o imaginariamente siempre y cuando sea posible por parte del sujeto una investidura libidinal, este proceso culminará en la tristeza que lleva aparejada una pérdida, que tramitada adecuadamente hace posible la consecución de nuevas investiduras.

Por otra parte, es preciso afirmar de acuerdo a los planteamientos Freudianos, que un duelo no superado, no tramitado, tendrá que ver con la forma en la que retorna la libido destinada a investir los objetos al yo, especialmente cuando se ha sostenido que en la melancolía, el objeto está irreparablemente perdido. En la melancolía, a diferencia del duelo, la pérdida del objeto se convierte en una pérdida del yo, el sujeto queda pegado al objeto, identificado, y fracasa en el cumplimiento del trabajo del duelo ante la pérdida identificándose, para de este modo reconstruir el objeto en su propio yo, hay un retiro de la carga de la libido del objeto que se desplaza hacia el yo bajo la modalidad específica de las psicosis, esto implica que

Freud ubica la melancolía en el campo de estas entidades clínicas y dentro de este en clara oposición con la paranoia, mientras en esta última el narcisismo exalta e infla al yo del sujeto, la identificación narcisista del melancólico por el contrario, constituye una herida permanentemente abierta para la pérdida libidinal que vacía al yo hasta el empobrecimiento total. Estos planteamientos serán a los que Freud dará mayor desarrollo en “Duelo y Melancolía”.

### **Duelo y melancolía**

Después de la publicación de Introducción del narcisismo, Freud redacta en 1914 el texto duelo y melancolía el cual no será publicado hasta 1917, este texto se constituye como una serie de trabajos Freudianos sobre metapsicología de la primera tópica.

Tras señalar la existencia de múltiples formas clínicas bajo las cuales se manifiesta la melancolía, y la dificultad que presenta aun la psiquiatría descriptiva para categorizarla en una unidad, Freud (1915) planteó, dadas las dificultades que el estudio de esta afección comporta por el pequeño número de casos observados, que no pretendía afirmar categóricamente el establecimiento de una teoría general respecto a este tema, dejando abierta, como en la gran mayoría de sus escritos, la posibilidad de nuevas explicaciones surgidas de la experiencia clínica.

Desde un principio, hechas las precedentes aclaraciones, pasó a explicar que la condición bajo la cual se presenta el duelo, es como reacción ante una pérdida de cualquier índole, ya sea de un ser querido o de cualquiera otra cosa que haga sus veces, como la pérdida de la

patria, de la libertad o de un ideal, sin embargo, a pesar de todas las dificultades que conlleva el duelo, no cumple las condiciones para declararse como patológico, ya que según lo expresado por Freud, las causas que la producen pueden explicarse claramente, es decir, que su origen tiene que ver con una pérdida material, tangible, por lo general de un ser amado y de la cual el sujeto puede dar cuenta conscientemente, es decir, que este logra dar cuenta de lo que perdió y además tarde o temprano dicha condición se ve superada por el acatamiento que la realidad le impone al sujeto de comprender que el objeto amado ya no está y que es preciso quitar de este toda libido o energía psíquica que antes lo unía a él. (Freud, 1915)

“Una vez concluido el trabajo de duelo “cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido, se anudaba al objeto son clausurados, sobreinvertidos y en ellos se consume el desasimiento de la libido (...) el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido” (Freud, 1914, p. 243)

Empero, algo distinto sucede en la melancolía, la cual si bien comparte con el duelo “una desazón profundamente dolida, la cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, y la inhibición de toda productividad” (Freud, 1915, p. 242) se diferencia de este por dos características fundamentales, a saber: porque presenta un marcado empobrecimiento del yo o una considerable disminución del amor propio, que se exterioriza a través de fuertes autorreproches y autodenigraciones, que encuentran su punto más álgido en una delirante expectativa de castigo y porque si bien también es reacción frente a la pérdida de un ser amado esa pérdida es de naturaleza más ideal, pues probablemente el objeto no esté muerto, pero se pierde como objeto de amor y el sujeto no logra precisar o discernir conscientemente que fue lo que perdió en él. (Freud, 1915).de esta manera se encuentra en el

melancólico que su yo aparece como indigno, avasallado por la pérdida, estéril y moralmente despreciable.

Así Freud dirá que:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja del sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de autocastigo (Freud, 1917, p.242)

En este mismo orden de ideas, Freud prosigue su explicación diciendo que la melancolía es una reacción, al igual que el duelo, frente a la pérdida de un objeto amado, que para este caso particular en muchas ocasiones es de naturaleza más ideal. El objeto tal vez no está muerto pero se perdió como objeto de amor, por ejemplo en el caso de una novia abandonada. Y aquí se interpola una explicación más, si bien el objeto no está muerto, el enfermo no atina a discernir con precisión que fue lo que perdió en él, incluso es muy seguro que ni siquiera logre dar razón de ello, por lo tanto el melancólico sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en su objeto de amor.

Las formulaciones sobre el duelo, le permitirán a Freud explicar que tanto en el duelo como en la melancolía hay una renuncia de la libido a un objeto al que se considera perdido, teniendo ambos procesos características comunes, excepto un rasgo inherente a la

melancolía. La pérdida del objeto, y el objeto perdido, están sustraídos de la conciencia en la melancolía, mientras que en el duelo no hay nada inconsciente en lo que concierne a la pérdida. Por eso el melancólico exhibe algo que falta en el duelo: un enorme empobrecimiento del yo, y Freud dice que en el duelo, el mundo es percibido pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo. (Freud,19179)

A esta descripción la acompañan unas características clínicas muy específicas donde el enfermo se describe como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado; asevera que nunca fue mejor. El cuadro de este delirio de insignificancia - predominantemente moral- se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida.(Freud,1917.p.244)

En su autocrítica exaltada, Freud observa en el melancólico el acceso a una verdad, que demuestra que en realidad el melancólico es todo lo falto de interés incapaz de amor y de trabajo como el mismo lo dice, sin embargo, lo que para Freud resulta enigmático es porqué un sujeto ha de enfermar a tal punto, para poder acceder a una verdad semejante.

Dadas estas circunstancias, a Freud le parece que el melancólico tiene razón, ya que es en el fondo tal como el se describe, egoísta, insignificante, deshonesto, de naturaleza dependiente e inmadura pendiente en ocultar sus debilidades.

Freud por otra parte también llama la atención con respecto a otro rasgo constitutivo del melancólico, esto es, la falta de discreción y su desvergüenza a la hora de ocultar sus autorreproches, el sujeto muestra una franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo. El melancólico ha perdido el respeto por sí mismo y seguramente según Freud tendrá buenas razones para ello, esto es lo que siguiendo la analogía con el duelo, permite inferir que el melancólico más que una pérdida en el objeto, de sus declaraciones surge que es más una pérdida en su yo. (Freud, 1917)

Para dar cuenta de este empobrecimiento en el yo por efecto de la pérdida del objeto, Freud explica que el yo del melancólico está dividido en dos partes, de tal modo que una de ellas se contrapone a la otra, esto es la aprecia críticamente y lo toma por objeto, esta instancia crítica escindida del yo es autónoma en la melancolía y bajo otras circunstancias, es la que se conoce como la conciencia moral.

Así se puede observar que una característica fundamental en el melancólico es el desagrado moral con el propio yo, esta es la fórmula que explica el significado de los autorreproches: el melancólico en el fondo no se está culpando a sí mismo, no se ataca a sí mismo tal como hace creer a los demás con respecto a sus confesiones, inconscientemente el melancólico

acusa a otro que es el objeto de amor perdido, y en realidad, lo que dice de sí mismo va dirigido al otro, que se manifiesta de manera proyectiva, es por esta razón que los melancólicos son martirizadores en grado extremo mostrándose siempre como afrentados y como si hubieran sido objeto de una gran injusticia, sin embargo el análisis demuestra que lo que realmente han sufrido es la pérdida del objeto amado. (Freud,1917)

Este proceso lo explica Freud (1917) de la siguiente manera: hubo una fuerte ligazón con una persona determinada, sin embargo por obra de un desengaño de una afrenta real o imaginada, ese vínculo de objeto no fue desligado siguiendo el proceso natural de quite de la libido para desplazarla a otro objeto, sino que fue cancelada quedando replegada en el yo, esta libido que se retiró sobre el yo, no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado.

“La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación”.(Freud,1917p.246).

Es importante anotar que a diferencia del duelo con el que comparte el resto de manifestaciones clínicas, la melancolía se caracteriza por el desconocimiento con respecto al objeto perdido, por la intensidad de los autorreproches que el sujeto dirige contra sí mismo y por la perturbación del sentimiento de sí.

Estos presupuestos teóricos eran los que Freud había desarrollado en el manuscrito G cuando comparaba la melancolía y el duelo normal, haciendo evidente además algunas diferencias sustanciales connaturales a la melancolía como la ignorancia con respecto a lo que perdió, la falta de escrúpulos para autocriticarse, la inhibición que le es característica y sobre todo las autodenigraciones dirigidas a su propio yo.

En este sentido la melancolía es el resultado de una pérdida de objeto y los autorreproches proferidos contra su propio yo son en realidad quejas dirigidas hacia el otro objeto de su pérdida, sin embargo el melancólico extrae de tales querellas una ganancia, ya que logra a través de su autocastigo un desquite de los objetos originarios y martirizar al ser amado por la condición de su enfermedad evitando de este modo mostrar su hostilidad directamente.(Freud,1917)

Lo que resulta de los desarrollos Freudianos con respecto a la melancolía es que en ella se instaura una desazón y un vacío profundo constante muy distinto a la tristeza que emerge como consecuencia de algo perdido, siendo el reproche lo que marcará el tipo de relación que establece con su propio yo y con el objeto amado, al haber una identificación narcisista. Esta identificación narcisista con el objeto implica que el vínculo de amor no deba resignarse por su fuerte ligazón con el a pesar del conflicto con la persona amada. Este mecanismo de la identificación es un punto clave que explica esta afección narcisista.

## Conclusiones

El presente trabajo permitió tener un panorama general y descriptivo desde la teoría psicoanalítica, especialmente desde la freudiana de la conceptualización de la melancolía.

La noción de melancolía desarrollada en el trabajo estuvo en conformidad con la que Freud edificó desde uno de sus textos titulados “duelo y melancolía” donde establece una similitud de la melancolía con el afecto normal del duelo, ambos estados que difieren particularmente uno de otro por los autorreproches, autodenigraciones y el rebajamiento de sí que se encuentra marcadamente presente en la melancolía, lo que la hace adquirir para Freud un carácter patológico, en estrecha vinculación con la identificación y el narcisismo configurándose de esta manera como una forma de psicosis o neurosis narcisista.

Con respecto a la noción de depresión, se encuentra que si bien para el psicoanálisis ella no designa una entidad clínica propia que pueda ser entendida por fuera de una estructura clínica determinada, desde la teoría freudiana se menciona como un estado que se presenta como consecuencia de unos estados afectivos penosos de naturaleza persistente.

Sin embargo las descripciones conceptuales elaborados por la psiquiatría a partir de la unificación de los estados depresivos se adecuan a la eficacia de los psicofármacos eliminando con ello la dimensión subjetiva en nombre de un saber formalizable y validado científicamente.

## Referencias

- Acciardi, M. (s.f.). Depresion y melancolia en la época contemporánea ¡salvemos a la melancolía! Recuperado de [http://www.marianoacciardi.com.ar/textos\\_psicoanalisis/depresionmelancolia.pdf](http://www.marianoacciardi.com.ar/textos_psicoanalisis/depresionmelancolia.pdf)
- Cobo, J.V. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. Psiquiatria.com. recuperado de <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/download/.../268>
- Freud, S. (1892). Manuscrito A. En Freud, S. *Obras completas tomo I* (215-217), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1982). Manuscrito B. La etiología de las neurosis. En Freud, S. *Obras completas tomo I* (217-223), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1979). Duelo y Melancolía. En Freud, S. *Obras completas Tomo XIV* (235-255), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En Freud, S. *Obras completas tomo XIX*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1982). Manuscrito G. Melancolía. . En Freud, S. *Obras completas tomo I* (239-246), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1979). Introducción del narcicismo. En Freud, S. *Obras completas tomo XIV* (65-98), Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1897).Manuscrito N. En Freud, S. *Obras completas tomo I* (296-299), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923).Neurosis y psicosis. En Freud, S. *Obras completas tomo XIX* (153-155), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1982). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En Freud, S. *Obras completas tomo I* (111-132), Buenos Aires: Amorrortu.
- Hipócrates, (1989).tratados Hipocráticos. Madrid: Gredos
- Klibansky, R., Panofsky, E. & Saxl, F. (1991) .Saturno y la melancolía. Madrid: Alianza.
- Pellion, F. (2003), *Melancolía y verdad*. Buenos Aires:Manantial.
- Stanley, W. J. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Madrid: Turner.
- Trujillo, G.J. (2011, noviembre).y tú que eres, ¿Depresivo o bipolar? Psiconex. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/10762>